



**Universidade Técnica de Lisboa**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLITICAS**

**Gerir a adultez tardia:  
Os processos de tomada de decisão e acomodação  
das famílias com idosos dependentes**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Política Social**

**Orientador: Professor Doutor Fernando Humberto Santos Serra**

**Maria Helena Guerreiro Mestre Avó**

**Lisboa, 2009**

## AGRADECIMENTOS

A todos os que tornaram possível a realização deste trabalho:

- Às famílias que permitiram a invasão da sua privacidade e que comigo partilharam parte das suas vidas;
- Às colegas que me incentivaram e apoiaram;
- Ao Professor Doutor Fernando Serra, pelo apoio incondicional, pela orientação e transmissão de conhecimentos, pelo tempo e paciência que me dispensou;
- À minha família, que “aguentou” os meus momentos difíceis, o meu stress, a minha presença ausente e a minha indisponibilidade para ela, em especial o meu marido e mãe, que foram os mais sacrificados.

## DEDICO:

À **Maria Inês**, 2 anos,  
Esperança do amanhã, risonho e feliz

Ao **Henrique**,  
Companheiro de todos os dias

À **Flora**, 83 anos,  
Espelho da velhice, lúcida e autónoma

## RESUMO

Nos países desenvolvidos o envelhecimento demográfico acentuado é motivo de preocupação, aos níveis económico, social e político.

As famílias são afectadas nas suas actividades e relações, face ao acréscimo de membros idosos.

O papel do cuidador familiar e as suas acomodações, muito importantes para a projecção de políticas sociais, têm sido pouco avaliados cientificamente. Este facto levou à decisão de investigar a perspectiva microssocial da família, numa abordagem do cuidador principal, nas vertentes domiciliar e institucional.

O objectivo do estudo foi avaliar os processos de tomada de decisão e acomodação que envolvem o cuidador informal, quando confrontado com uma situação de dependência do familiar idoso. Pretende-se contribuir para uma reflexão empírica fundamentada acerca de programas e iniciativas de Política Social para idosos e famílias cuidadoras.

Os dados obtidos sugerem um predomínio de CI do género feminino, que revelou sobrecargas a nível físico e emocional, com acomodações sucessivas para manter o idoso no domicílio ou acompanhá-los na institucionalização. Revelou igualmente gratificação pelo cuidado prestado.

Foi transmitido que a insuficiência de respostas exteriores não permite olhar o futuro com confiança.

2

Esta investigação é um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com recolha de dados por entrevista.

### **Palavras-chave:**

**Envelhecimento, Família, Idosos, Cuidador informal, Acomodação**

## **ABSTRACT**

In developed countries the accentuated demographic aging causes concern at economical, social and political levels.

Family relations and activities are affected with the increasing of elder individuals.

The role of the family caregiver and necessary accommodations haven't been duly evaluated scientifically, which reveals a gap in the projection of social politics. This led to the decision of investigating the family's micro social perspective. The approach had particular incidence on the main informal caregiver both at home and at an institution.

The purpose of this study was to evaluate the processes of decision making and accommodation which involve the caregiving family, when confronted with the elder relative's dependence. It also intended to contribute to a grounded empirical reflection on the programs and initiatives of Social Politics for the elder and families' caregivers.

The data obtained points out a preponderance of a female gender IC and reveals physical and psychic overloads, with successive accommodations to keep the elder at home or accompany them when institutionalized. It also shows a sense of gratification for the caregiver.

It's clear to the IC that the lack of formal care services doesn't allow to face the future with optimism.

This investigation is an exploratory study, of qualitative approach, with data gathered through interviews.

### **Key words:**

**Aging, family, seniors, dependence, informal caregivers, accommodation**

## ÍNDICE

RESUMO .....	2
ABSTRACT .....	3
ÍNDICE.....	4
PREÂMBULO .....	8
INTRODUÇÃO .....	9
CAPÍTULO I - O ENVELHECIMENTO COMO CONTEXTO GERADOR DE ALTERAÇÕES SOCIAIS E INDIVIDUAIS .....	12
1. O envelhecimento enquanto fenómeno demográfico .....	12
2. O envelhecimento enquanto fenómeno biológico .....	16
3. O envelhecimento biológico e o seu impacto individual .....	17
3.1. O envelhecimento e a dependência funcional .....	17
3.2. O envelhecimento e a dependência económica .....	18
3.3. O envelhecimento e outras dependências.....	19
4. O impacto social do envelhecimento demográfico .....	19
4.1. O envelhecimento demográfico nas sociedades modernas: a origem e evolução.....	19
4.2. As consequências do envelhecimento demográfico nas sociedades.....	21
4.3. O envelhecimento demográfico em Portugal .....	23
CAPÍTULO II - A FAMÍLIA COMO CONTEXTO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO: AS TOMADAS DE DECISÃO E A ACOMODAÇÃO .....	25
1. A família e a sua evolução em contexto de grandes transformações sociais.....	25
2. A estrutura familiar contemporânea .....	26
2.1. A situação familiar em Portugal .....	28
3. A responsabilidade familiar e social face ao idoso dependente.....	29

4. Contextualizando o papel da família e do cuidador informal (CI). A importância do seu papel e os modelos de investigação .....	31
4.1. Modelo de Stress e estratégias de coping.....	32
4.2. A Síndrome de burnout .....	34
4.3. A resiliência na família.....	35
4.4. O modelo ecológico .....	37
4.5. A acomodação .....	39
5. A acomodação familiar subjacente ao papel de cuidador informal do idoso dependente .....	40
5.1. A sustentabilidade das rotinas desenvolvidas.....	42
CAPÍTULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO .....	45
1. O objectivo e questões da investigação.....	45
2. Descrição da metodologia utilizada e sua justificação .....	46
3. Procedimentos utilizados na recolha de dados .....	47
3.1. Instrumentos de recolha de dados.....	47
3.2. Procedimentos na recolha de dados.....	49
4. O universo e a amostra dos sujeitos .....	50
4.1. Critérios de base.....	50
4.2. Indicadores para a amostra .....	51
4.3. Caracterização geral das famílias participantes .....	52
5. Procedimentos utilizados na análise de dados .....	53
5.1. A apresentação dos dados .....	53
5.2. Critérios de identificação e classificação .....	53
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS .....	55
1. Apresentação do CI e rede familiar no quadro da dependência do idoso .....	55
2. Análise da dimensão objectiva do processo decisório quanto aos cuidados a prestar ao idoso .....	60
2.1. Início da prestação de cuidados e quadro clínico que originou a dependência .....	60

2.2. Decisão sobre o tipo de apoio a prestar: individual ou familiar.....	62
2.3. Factores condicionantes da tomada de decisão .....	63
3. Análise da dimensão objectiva das acomodações identificadas no processo de cuidar do idoso .....	68
3.1. Análise transversal das acomodações verificadas na situação de apoio no domicílio .....	69
3.2. Análise transversal das acomodações verificadas na situação de institucionalização .....	76
4. Dimensão subjectiva do processo de prestação de cuidados ao idoso .....	79
4.1. Tomada de decisão.....	80
4.1.1. Avaliação da tomada de decisão .....	80
4.2. As acomodações verificadas: Avaliação dos processos de acomodação .....	83
4.2.1. A sobrecarga sentida .....	83
4.2.2. O alívio manifestado.....	86
4.3. As representações da velhice e o futuro dos idosos .....	87
4.3.1. As representações da velhice e a responsabilidade familiar .....	87
4.3.2. Perspectivas acerca do futuro dos idosos .....	88
4.3.3. Como é encarada a responsabilidade do Estado face ao futuro dos idosos.....	89
CONCLUSÕES.....	91
Índice de Gráficos .....	94
Abreviaturas .....	94
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS .....	100
GRELHAS.....	100
Anexo 1 – Guião de entrevista /AD .....	100
Anexo 2 - Guião de entrevista /LAR .....	102
Anexo 3 - Caracterização geral das famílias inquiridas (Idoso e CI) .....	104
Anexo 4 – Grelha para análise de conteúdo/AD .....	105
Anexo 5 – Grelha para análise de conteúdo/LAR.....	106

Anexo 6 - Grelha de acomodações do CI na situação AD .....	107
Anexo 7 - Grelha de acomodações do CI na situação Lar .....	108
Anexo 8 – A dimensão objectiva do processo decisório sobre os cuidados a prestar ao idoso .....	109
Anexo 9 – A dimensão subjectiva do processo de prestação de cuidados ao idoso .....	109
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS .....	110
TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS .....	128



## PREÂMBULO

Em 1990, ingressei no quadro de pessoal da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), onde desempenho funções de Técnica Superior de Serviço Social desde então. Ao longo da minha actividade profissional, contactei directamente com famílias cuidadoras de dependentes, na sua maioria idosos. A diversidade de situações observadas e a diferente postura familiar face à situação que transmitiam fez surgir em mim a vontade de aprofundar o contexto destas famílias. Este desejo levou-me a procurar outros conhecimentos sobre esta problemática, visando obter um melhor entendimento da mesma e também um desempenho profissional mais alicerçado cientificamente.

Também o factor familiar e social teve alguma influência na minha decisão. Familiarmente, tenho à minha volta mãe e tios que já entraram há muito na adultez tardia, para além de outros falecidos nessa fase etária. A vivência pessoal dá-nos uma visão mais alargada dos problemas existentes e das dificuldades encontradas para a sua solução. A observação do idoso a perder capacidades físicas e mentais, o ter que assumir cuidar dele ou procurar solução na institucionalização são problemas muito concretos que as famílias têm que enfrentar e para os quais nem sempre estão preparadas ou encontram solução adequada. Como cidadã, acredito que todos temos direito à integridade, ao respeito e a uma adultez tardia com qualidade e dignidade. Esta preocupação acompanha a minha vida e o meu ciclo familiar.

8

Ponderada a hipótese e amadurecida a ideia, foi tomada a decisão de avançar.

Ao retornar ao meio académico para por em prática a minha decisão e concluir o curso conducente ao Mestrado em Sociologia (iniciado em 1987 e não concluído), verifiquei a extinção do mesmo, decorrente de diversas alterações curriculares entretanto ocorridas no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP). Com a criação do Mestrado em Política Social, a opção acabou por recair neste, por maior identificação com o seu conteúdo, que segue a linha orientadora da licenciatura Política Social, (obtida por mim em 1984).

**Nota: Nas citações de obras estrangeiras, a tradução é da responsabilidade da autora**

## INTRODUÇÃO

A família é desde sempre o suporte, a âncora, o apoio incondicional de cada indivíduo. Ao longo dos séculos tem sofrido modificações constantes e tem-se adaptado às novas circunstâncias colectivas e individuais, resultantes da evolução a nível global. Factores ambientais, económicos, sociais e políticos têm contribuído para o surgimento de novos entendimentos sobre a composição, a finalidade, o funcionamento e as responsabilidades da família. “É necessário ter em conta que a família é uma instituição em permanente evolução e que a sua estrutura, as suas funções e as relações que estabelecem entre os seus membros sofrem modificações ao longo do tempo” (Amaro, 2006, p14).

Dos indicadores que mais têm afectado a família, destacam-se a baixa taxa de natalidade e a maior longevidade do ser humano, responsáveis pela elevada taxa de envelhecimento demográfico que se verifica, de forma mais acentuada, nos países mais desenvolvidos. Como consequência, os núcleos familiares são cada vez mais reduzidos em elementos (os homens e mulheres casam cada vez mais tarde, os casais têm menos filhos ou nenhuns) e constituídos nalguns casos já por 4 gerações – os bisavôs, na adultez tardia avançada, por vezes com 80, 90 e mais anos, os avós na adultez tardia (50-65 anos), os pais na adultez madura (25-49 anos) e os jovens e crianças.

Se, por um lado, o aumento da esperança média de vida do ser humano é uma evolução da ciência, por outro lado é preciso não esquecer que a maior longevidade, só faz sentido se for acompanhada de qualidade de vida. Na perspectiva médica, cada investigação cujos resultados permitam prolongar a vida, é uma vitória. Na perspectiva política, económica e familiar, esse avanço na medicina pode ter outra leitura, ou seja, pode revelar-se um problema para as sociedades que não souberam acautelar as consequências do envelhecimento populacional, que daí decorre.

As políticas sociais e de saúde revelam-se incapazes de garantir condições de vida dignas, a todos os que chegam a uma adultez tardia avançada. Daqui resulta que os idosos tenham passado de uma situação de reconhecimento e consideração, para uma representação de encargo social e económico, pelo custo associado às reformas, que se estendem no tempo, assim como aos cuidados inerentes à sua saúde, num final prolongado de vida.

De igual forma, a estrutura familiar moderna tem dificuldade em gerir o envelhecimento e as dependências dos idosos, quer por indisponibilidade temporal, quer económica, quer de condições físicas habitacionais, situações mais gravosas nos grandes centros urbanos.

Por género, as mulheres são geralmente as mais sacrificadas e sobrecarregadas com o envelhecimento e dependência dos seus familiares. Elas desempenham frequentemente actividade profissional fora de casa, que têm que gerir em paralelo com a actividade doméstica, com a função de

cuidadoras dos filhos e, em situações progressivamente mais frequentes, cuidadoras dos idosos. Para esta actividade de cuidadora, a mulher tem geralmente pouco apoio do homem e nenhum reconhecimento social ou económico, o que a inferioriza e torna dependente, face ao mesmo e face à sociedade, que consideram “uma obrigação moral da mulher” cuidar dos familiares necessitados.

As contingências de uma vida tão prolongada, numa sociedade que não se preparou condignamente para dar qualidade de vida aos seus idosos, reflectem-se na árdua tarefa de “*cuidar*” sem ter o apoio de retaguarda suficiente, num desgaste psicológico e físico que se reflectirá na sua própria adultez tardia.

A situação em que adultos idosos se confrontam com a necessidade de apoiar familiares com idades muito avançadas é cada vez mais frequente, provocando algumas acomodações inadequadas à sua faixa etária.

As investigações a que tivemos acesso sobre esta temática centram-se quase exclusivamente:

- Nos cuidadores de idosos no domicílio (AD) e nas suas estratégias de acomodação, ou
- Na institucionalização dos idosos, na razão do internamento, adaptação à Instituição, etc.

Pareceu-nos haver uma ausência de abordagens científicas na perspectiva comparativa (cuidar no domicílio ou institucionalizar), assim como uma ausência de dados empíricos sobre a situação da adaptação do cuidador informal (CI), quando toma a decisão de institucionalizar o familiar. A abordagem que pode contribuir para enquadrar teoricamente esta lacuna é a noção de acomodação, associada à noção de dependência do idoso e a tomada de decisão do cuidador sobre as estratégias a adoptar

10

Do exposto resulta que, na perspectiva da investigadora, faça todo o sentido investigar numa forma mais alargada a envolvimento do CI de idosos dependentes, quer inseridos em contexto familiar, quer em contexto institucional, quer na transição das duas situações.

## 1 – Os objectivos da investigação

Ao avaliar a população por mim trabalhada, verifiquei a existência de dois universos: O universo da família cuidadora e o do dependente idoso, sendo que ambos justificam investigação científica.

Para decidir a minha escolha, fiz alguma pesquisa bibliográfica sobre os dois universos, tendo verificado que o idoso está privilegiado na investigação. Esta constatação e por ter vivenciado mais a problemática da família e do CI fez com que optasse por este, apesar de recear a ausência de fundamentação teórica.

A família cuidadora, enquanto motor de suporte de vida dos idosos dependentes, está sujeita a vários constrangimentos e factores condicionantes.

Com este estudo pretende-se saber que contingências atingem estas famílias, na pessoa do CI, procurando elementos que permitam compreender a sua vivência, as suas necessidades, expectativas e experiências, sobrecargas ou prazer que retira do cuidado que proporciona ao dependente, no domicílio ou no acompanhamento da institucionalização.

Assim, o objectivo é avaliar os processos de tomada de decisão do CI face à dependência do familiar, identificar as acomodações resultantes do apoio no domicílio e fazer a ponte, identificando as acomodações na contingência do internamento em Lar. Pretende-se ainda captar as representações da velhice e contribuir para uma reflexão empírica fundamentada sobre as respostas políticas e sociais a esta realidade.

Na análise, foi considerado como sujeito principal o CI e a sua envolvente familiar e social.

## 2 – O esquema do trabalho

A investigação seguiu os passos metodológicos apontados por Carmo (1998), e constitui um estudo exploratório, com o seguinte desenvolvimento:

- Os dois primeiros capítulos referem-se à pesquisa documental e bibliográfica, que serviu de alicerce conceptual e fundamentação teórica para a investigação sobre “Os processos de tomada de decisão e acomodação das famílias com idosos dependentes”. Foram identificados aspectos relacionados com o envelhecimento e com o enquadramento familiar na problemática da dependência na adultez tardia avançada.
- No terceiro capítulo procedeu-se à aplicação metodológica, que inclui: 1) definição da problemática a investigar; 2) justificação da metodologia adoptada; 3) descrição dos processos e critérios de selecção do universo e da amostra; 4) definição do método e procedimentos aplicados na recolha de dados.
- O quarto capítulo refere-se ao *corpus* da investigação e apresenta a análise, tratamento e discussão de dados recolhidos, com recurso ao método qualitativo de análise de conteúdo.
- A finalizar, são apresentadas as conclusões resultantes da investigação efectuada.

*“Ó felicidade baça ... O eterno estar no bifurcar dos caminhos! ... Eu sonho e por detrás da minha atenção sonha comigo alguém ... E talvez eu seja senão um sonho desse Alguém que não existe...”*

Fernando Pessoa, (O Eu profundo e os outros Eus)

## **CAPÍTULO I - O ENVELHECIMENTO COMO CONTEXTO GERADOR DE ALTERAÇÕES SOCIAIS E INDIVIDUAIS**

### **1. O envelhecimento enquanto fenómeno demográfico**

Não sendo o objecto do nosso estudo, pelas implicações que tem com a adultez tardia dependente, teceremos algumas considerações sobre o fenómeno do envelhecimento, quer como problema demográfico actual, quer numa perspectiva individual.

De acordo com o contexto do momento, o envelhecimento remete-nos para conceitos e significados diversos. Genericamente, é abordado em duas perspectivas principais:

12

- 1- “Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida;
- 2- O envelhecimento demográfico, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa”, (INE, O Envelhecimento em Portugal, p1).

Os estudos sobre o fenómeno do envelhecimento abordam-no assim na variável demográfica ou na variável individual. A nível demográfico implica as sociedades, enquanto sistema em contínua evolução política, económica e social. Individualmente, tem a ver com as características biológicas de cada indivíduo e com a envolvente sociocultural em que nasceu, cresceu e se desenvolveu e que condiciona biologicamente o envelhecimento ao longo do ciclo de vida do ser humano.

Neste trabalho iremos falar de envelhecimento como fenómeno demográfico que afecta a população humana a nível mundial e como fenómeno individual, condicionador da etapa final da vida.

Como objecto de preocupação político-científica nas sociedades contemporâneas, o envelhecimento das populações enquanto fenómeno demográfico foi o primeiro a ser abordado porque “o envelhecimento das estruturas populacionais é um fenómeno mundial que afecta já, ou virá a afectar a curto prazo, todos os homens, mulheres e crianças em muitas regiões do planeta” (Machado, 2003, p2). Como tema de investigação, é relativamente recente: “O envelhecimento das populações humanas é um fenómeno do séc. XX” (Nazareth, 1979, p7).

Trata-se de um processo complexo, com várias implicações e condicionantes que, como tal, tem sido objecto de várias pseudo-explicações e justificações, de acordo com a linha orientadora de cada investigador.

Quando se fala de envelhecimento, há vários aspectos a considerar. Um deles é que estamos a falar de um problema que (ainda) não é universal: nos países não desenvolvidos, não se verificam as condições que são apontadas actualmente como causas principais de envelhecimento nas sociedades desenvolvidas. Assim, para falar de envelhecimento é conveniente “... a divisão do mundo em dois grandes tipos de blocos com características de sinal contrário: o dos países não desenvolvidos, com elevado crescimento populacional e o dos países desenvolvidos com crescimento populacional próximo do zero e onde o número de nascimentos já é insuficiente para renovar as gerações” (Nazareth, 1982, p9).

O envelhecimento aparece ligado às sociedades desenvolvidas que, desde a segunda metade do séc. XX, passaram por alterações profundas em variados contextos: políticos, económicos e sociais. Estas alterações surgem na sequência da Revolução Industrial, que influenciou a evolução das sociedades modernas, proporcionando um maior desenvolvimento geral. No cerne deste desenvolvimento esteve a vertente económica que propiciou melhores condições de vida (individual, familiar e social) e permitiu maiores investimentos em várias áreas, nomeadamente na investigação a nível científico. Foi assim possível chegar à descoberta de vacinas e cura para doenças até então causadoras de grande número de mortes (cólera, sífilis e outras) que, aliadas a mais e melhores respostas médico-sanitárias, proporcionaram mais qualidade de vida e maior longevidade ao indivíduo. Dos factos, resultou uma velhice de longa duração, convertendo os chamados “idosos” num “grupo social que atrai o interesse individual e colectivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, etc.” (Osório, 2007, p1).

Paralelamente ao alongamento do período de vida, surge um decréscimo da taxa de natalidade, fenómeno também ligado às sociedades desenvolvidas e influenciador do envelhecimento demográfico. Como causas da redução significativa da taxa de natalidade são apontados factores como o desenvolvimento das técnicas anticoncepcionais, a emancipação da mulher e a sua entrada no mercado de trabalho, sendo a prioridade profissional mais valorizada que a família. Por outro lado, as melhores condições de vida e a maior autonomia financeira, incentivam o sentimento materialista. A

liberdade conquistada pela mulher parece afastar a vontade de ter filhos, quer pela indisponibilidade para cuidar deles, quer pelos encargos económicos acrescidos. Nas sociedades modernas, as crianças são grandes consumidores de bens materiais, sendo estes assumidos, cada vez mais, como indispensáveis ao seu bem-estar. “O nível de vida de uma família com três crianças é ... inferior em 25% a 30% ao de um casal sem crianças e da mesma categoria social” (Godet, 2007, p3).

Chega-se assim a uma situação que permite afirmar que “O declínio da fecundidade ultrapassa já os cenários mais pessimistas das projecções demográficas” (Fernandes, 2001, p3).

Estes dois processos (aumento da esperança média de vida e baixa natalidade) provocam um desequilíbrio geracional, pelo aumento dos mais velhos e diminuição dos mais novos, sendo que o envelhecimento das populações tem origem na base e no topo da estrutura etária pois “uma redução no número de nascimentos produz na estrutura etária de uma população uma diminuição progressiva dos efectivos mais jovens – o envelhecimento na base – e consequentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos – o envelhecimento no topo, ... que ocorre quando a percentagem de idosos aumenta” (Nazareth, 2004, p119).

Se “a velhice é um fenómeno que não aparece no género humano até uma época relativamente próxima da nossa” (Cabrillo, 1990, p35), actualmente a franja populacional idosa nas sociedades desenvolvidas apresenta já uma percentagem muito elevada, relativamente ao resto da população.

14

A consciencialização social e política de que a população activa está a decrescer significativamente – (resultado da menor taxa de natalidade), enquanto a população inactiva tem vindo a aumentar (resultado da maior longevidade, que atinge já valores impensáveis há algumas décadas atrás), tem dado origem a sucessivos discursos por parte de organizações mundiais. A intenção é motivar os respectivos países no sentido de encontrar soluções para este problema e para os impactos dele decorrentes. “Nas sociedades contemporâneas, o substancial aumento da esperança de vida verificado durante o Séc XX, associado às profundas mudanças sociais que para ele concorreram, fez emergir o envelhecimento e a velhice como questão social” (Quaresma et al, 2004, p3).

Nas sociedades industriais, imbuídas de espírito economicista, o fenómeno do envelhecimento populacional passou a ser invocado como causador de decréscimo de lucro, ao associar o aumento da população idosa à menor produção. Constatava-se que a população activa estava a decrescer a uma velocidade acelerada, enquanto a população não activa crescia significativamente, gerando um desequilíbrio económico na balança do consumo: menos produziam para mais consumirem. O envelhecimento demográfico passou a ser encarado como “um fenómeno irreversível das nossas sociedades modernas. Os impactos que se têm vindo a fazer sentir, entre os quais sobressai a sustentabilidade financeira ..., interferem nos equilíbrios individuais e colectivos” (Fernandes, 2001, p1).

O ser idoso, entendido nesta perspectiva política e económica, está assim conotado com a idade activa versus inactiva. “Consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma”. (INE, síntese da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 2002, p1).

Mas a velhice associada a uma idade fixa a partir da qual o ser humano passa a ser considerado idoso encontra-se hoje desfasada da realidade. Este critério cronológico permite delimitar as populações de uma forma administrativa, necessária às políticas sociais, mas, em termos individuais, pode compartimentar o indivíduo em faixas etárias consideradas negativamente pela sociedade. A velhice quando conotada com a idade da reforma, associa o indivíduo a uma fase de “não produtividade ... de inactividade, de perdas físicas e sociais” (Machado, 2007, p 34). Verifica-se que esta delimitação de idade origina situações que não se adaptam à realidade dos nossos dias, tendo em conta as alterações verificadas a vários níveis. Hoje, um indivíduo com 65 anos, em termos biológicos não é idoso: ele tem à sua frente um enorme manancial de capacidades físicas e intelectuais e uma esperança de vida de algumas dezenas de anos.

Como refere (Fernandes, 2001, p7) “a velhice está de tal forma repleta de contradições que não pode permanecer, como se encontra actualmente, dos 50 aos 90 anos”. Mas “O envelhecimento em senso comum ainda mantém uma relação com a idade cronológica, como se fosse uma porta que se transpusesse e a partir da qual se entra na velhice” (Machado, 2007, p32).

15

O idoso (de 65 anos, reformado) de umas décadas atrás não é o mesmo hoje. Já não é o reformado inactivo, débil física e intelectualmente, banido da sociedade como sendo um elemento sem valor, mas sim uma pessoa válida, em poder de muitas das suas capacidades. “A idade da reforma e a idade da velhice deixaram de ser coincidentes, apesar de a reforma, na sua génese, estar indissociavelmente incorporada à velhice enquanto fase da vida onde se manifestava incapacidade para o trabalho”(…) “Velhice e reforma dissociaram-se” (Fernandes, 2001, p7).

Neste contexto, acaba por surgir um outro tipo de envelhecimento, a que Fernandes se refere como “Envelhecimento social” e que tem a ver com a perda do valor do capital de experiência acumulada quando, com a “generalização de pré-reformas e desemprego prolongado” (Fernandes, 2001, p7) os indivíduos são atirados para um envelhecimento precoce, marginalizados socialmente e que se situa entre o fim do ciclo de vida activo e a velhice, entendida esta como ciclo de vida associado às incapacidades e dependências.

O envelhecimento surge assim como tema frequente de discussão e análise, sendo apontadas alternativas ao modo como o mesmo deve ser encarado. Tende a ser cada vez mais dissociado de



conotações negativas e encarado como uma fase natural do ciclo de vida. Neste sentido “A ideia negativa que a velhice nos transmite, pelo sentimento de inutilidade que acarreta é cada vez mais contrariada pela promoção de um envelhecimento activo. Esta nova noção de envelhecimento é adoptada pela OMS no final dos anos 90” (Machado, 2007, p35). A preocupação prioritária tende a ser proporcionar um envelhecer saudável ao ser humano. Para isso, o conhecimento antecipado dos impactos do envelhecimento é fundamental para as decisões políticas, como forma de planeamento das mesmas.

## **2. O envelhecimento enquanto fenómeno biológico**

Individualmente, o ser humano tem visto a sua esperança de vida aumentar significativamente. Como qualquer ser vivo, tem um tempo de vida, com um limite que, cronologicamente, depende do processo de degenerescência biológica, que é inexorável, irreversível e culmina com a morte. Biologicamente, o organismo vai perdendo eficiência nas suas funções, num processo de envelhecimento natural do organismo como um todo. A este processo dá-se o nome de “Senescência orgânica”, que significa “a diminuição da capacidade de responder a desafios à função orgânica” (Wikipédia, envelhecimento, p2). Há uma perda da capacidade funcional e um aumento do risco à medida que os anos avançam. Estas perdas são lentas e progressivas, afectando o ser humano de forma diferente, por influência de factores externos positivos (boa qualidade de vida, económica, social, familiar e de lazer), por factores externos negativos (deficientes cuidados de saúde, privação de bens e serviços, stress...) e por factores internos, de ordem genética. “O envelhecimento ocorre com o efeito combinado dos factores ambientais e genéticos” (Fernandes, 2007, p421).

Ao envelhecimento natural, opõe-se o envelhecimento patológico ou senilidade e que “é entendido como os danos à saúde, associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde” (Wikipédia, 2008, Envelhecimento, p2).

Verifica-se assim que, tanto a senescência como a senilidade podem ser afectadas positiva ou negativamente, por factores externos e internos, dando origem a tempo de vida mais ou menos longo, de indivíduo para indivíduo.

Face ao envelhecimento da população mundial, emergiu a necessidade de estudar cientificamente este fenómeno, tendo surgido a Geriatria em 1909 pela mão do médico austríaco Nascher (Cabrillo, 1990, p16) que é “o ramo da medicina que enfoca o estudo, prevenção e tratamento das doenças e da incapacidade em idades avançadas” (Wikipédia, geriatria, 2008) e a Gerontologia, que se dedica à investigação dos “fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento do ser humano” (Wikipédia, gerontologia, 2008).

Ainda que todo o organismo vivo sofra uma degradação biológica que culmina na morte, a evolução dos conhecimentos médicos, das técnicas de diagnóstico, o desenvolvimento farmacológico, o melhor acesso à informação e o desenvolvimento económico entre outros factores, levaram a que, nas sociedades desenvolvidas, o ser humano atingisse um patamar de sobrevivência “traduzido numa esperança de vida à nascença que se aproxima do limite máximo possível” (Fernandes, 2007, p419).

### **3. O envelhecimento biológico e o seu impacto individual**

#### **3.1. O envelhecimento e a dependência funcional**

Se entendermos os vários ciclos de vida numa perspectiva ecológica de equilíbrio-desequilíbrio, pode-se dizer que na fase do envelhecimento biológico há maior propensão para o desequilíbrio pela sobreposição de vários factores que condicionam o bem-estar do indivíduo. O envelhecimento traz a perda progressiva das capacidades físicas e psíquicas, com o factor saúde implicado de forma global e permanente. Segundo a OMS, saúde é o estado de bem-estar físico, psíquico e social completo, e não apenas a ausência de enfermidade.

Resultando das características biológicas de cada indivíduo, da sua vivência cultural, social e familiar, as dependências físicas e funcionais surgem em idades cronológicas diferentes, podendo ser em faixas etárias relativamente baixas ou em idade muito avançada. Apesar de não acontecer com frequência, “em teoria, uma pessoa poderá viver sem adoecer até morrer de morte natural, depois de viver a longevidade máxima” (Tamer, 2007, p193). Como refere Relvas (2000, p215) “a dependência nos idosos é de difícil definição e extremamente variável, não só com a idade mas também com outros factores (doenças, condições económicas, etc.)”. Por novas patologias inerentes à maior longevidade ou por outras pré existentes, acaba por chegar a idade de “ser velho, a idade em que se começam a perder capacidades essenciais e se regista uma deterioração do estado geral de saúde” (Fernandes, 2001, p5). Com o avançar da idade, o organismo perde defesas e resistência à doença e à dor, ficando o ser humano mais fragilizado e mais vulnerável às doenças. A velhice “parece surgir (...) associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais que surgem nas idades muito avançadas” (Fernandes, 2001, p7), o que origina a progressiva dependência de outros para a manutenção do suporte de vida.

Como refere Fernandes (2007, p430), os responsáveis pela política de saúde e sociais estão preocupados com os níveis de exigência em recursos humanos e financeiros, tendo em conta a evolução das estruturas demográficas e sociais.

### 3.2. O envelhecimento e a dependência económica

O envelhecimento pode ser condicionado pela precariedade material, resultante da passagem à situação de reformado. “A reforma é um acontecimento muito importante na vida das pessoas e considerada como entrada oficial na velhice” (Cabrillo, 1990, p20), pelo que, a partir dessa altura, o indivíduo, ainda que capaz fisicamente, passa a ser considerado “velho” do ponto de vista económico pois deixa de ser produtivo.

Em Portugal, muitos idosos sobrevivem com a pensão mínima, por não terem efectuado descontos no período activo, terem-no feito com base em ordenados baixos ou por tempo insuficiente para garantir uma reforma que permita assumir as despesas essenciais. Segundo dados fornecidos pelo INE (2002), “em 2000 69,6% dos reformados por velhice recebiam uma pensão inferior a 200 euros. Em 2001, esta proporção baixou para 45,2% mas, com pensões inferiores a 300 euros são, neste ano, ainda 81,55% dos pensionistas” (Fernandes, 2004, p25).

Com a idade da reforma, geralmente ocorre um decréscimo de poder económico uma vez que o montante da pensão é sempre inferior ao rendimento enquanto activo profissionalmente. Face à escassez e precariedade dos empregos, os trabalhadores mais velhos são precocemente afastados do mercado de trabalho, o que agrava a sua situação no presente e se projecta negativamente no futuro. O maior consumo de medicamentos e cuidados médicos são factores que contribuem igualmente para tal.

18

O trabalho desempenhado após reforma não é valorizado economicamente. Face ao aumento da esperança média de vida, o tempo que resta aos reformados é longo e aproveitável. Num processo de substituição e reajustamento de actividades, sem horários para cumprir, esta população passa frequentemente a desempenhar tarefas de utilidade familiar e social, de forma graciosa. Se houvesse contrapartida nesse sentido, estas actividades poderiam melhorar significativamente a situação económica de muitos idosos.

Se, segundo Fernandes, referenciando Robine (1997) e baseado num estudo efectuado no Canadá, se concluiu que o factor económico tem reflexos na qualidade de vida, na longevidade e na idade em que surgem as incapacidades, maior é o peso desse factor na adultez tardia. “Os investigadores puderam observar que nos escalões mais baixos do rendimento, a esperança de vida sem incapacidade ficava pelos 50 anos, enquanto nos mais elevados subia até aos 64 anos.” (Fernandes, 2001, p6). De acordo com o mesmo estudo, os mais pobres sobrevivem até aos 67 anos e os restantes até aos 73.

### **3.3. O envelhecimento e outras dependências**

A entrada na fase inactiva profissional pode acelerar o desencadear de várias dependências, com características individuais.

A quebra das rotinas laborais pode desencadear perturbações comportamentais, pela imagem negativa da inutilidade profissional. A perda das relações de trabalho e convívio com os colegas, cria o vazio e a dificuldade em encontrar novos relacionamentos e novas ocupações; a chegada da reforma pode representar “medo, empobrecimento, perda de identidade, (...) um tempo de desvalorização, de eterno rememorar o passado” (Casara, 2007, p261) porque não houve preparação para essa etapa da vida. Aprende-se a gerir o tempo em função do trabalho mas não se aprende a gerir o tempo livre. “A família, a escola, a universidade preparam para o trabalho, por isso quase todos sabem trabalhar e poucos sabem administrar o tempo livre” (Idem, p262).

Não havendo enquadramento familiar, a possibilidade de ocorrência destes factos é maior. O indivíduo, não sabendo encarar essa etapa da vida, remete-se ao isolamento, apressando a chegada das incapacidades físicas e psicológicas, num processo difícil de gerir porque “há uma ambivalência sentida pelos idosos face à sua própria autonomia (desejo de se manter dono de si próprio/desejo de protecção e necessidade de presença do outro)” (Relvas, 2000, p215).

## **4. O impacto social do envelhecimento demográfico**

### **4.1.O envelhecimento demográfico nas sociedades modernas: a origem e evolução**

O envelhecimento das populações é um fenómeno recente. De acordo com Nazareth, (1979, p13), se falarmos da Europa Ocidental, “podemos afirmar que o primeiro país onde se observou sinais visíveis de envelhecimento foi a França no fim do séc. VXIII”. Ainda segundo o autor, seguiram-se a Bélgica, a Suíça e a Noruega, tendo atingido os restantes países no início do séc. XX.

Sendo característica dos países desenvolvidos, este fenómeno é influenciado pelas características próprias de cada um. Por isso, também não é um fenómeno universal: nos países não desenvolvidos, onde as condições de vida favorecem taxas de natalidade elevadas e onde a esperança média de vida se mantém baixa, não se verificam ainda. “O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com algum certeza que no mundo civilizado a tendência para o envelhecimento é acentuada” (Fernandes, 1997, p34).

Genericamente, está a afectar todos os países desenvolvidos: “o substancial aumento de esperança de vida verificado durante o séc. XX, ... fez emergir o envelhecimento e a velhice como questão social” (Quaresma et al, 2004, p3), sendo interpretado segundo a linha de investigação adoptada ou a perspectiva político-social dos investigadores. “O debate...é, neste caso, essencial, na medida em que estudiosos e políticos se confrontam, muitas vezes, com diferentes modos de explicação do mundo... tendem, geralmente, a reduzir a explicação global à singularidade da parcela do conhecimento que detêm” (Fernandes, 2001, p2). Com a tomada de consciência dos impactos negativos inerentes (políticos, económicos, sociais), o envelhecimento populacional tem sido objecto de estudos diversificados, na tentativa de encontrar alternativas para os mesmos.

Na segunda metade do séc. XX, na Europa Ocidental verificou-se um aumento significativo da população idosa, que foi denominada como “explosão da terceira idade”. Em 1950 contavam-se 35 milhões de idosos, em 1960 seriam 42 milhões e “estima-se hoje em dia o seu montante em mais de 57 milhões” (Nazareth, 1979, p7). Este facto fez com que, numa primeira análise, o envelhecimento fosse “Na sua forma mais conhecida ... caracterizado pelo aumento progressivo do número de pessoas idosas” (Nazareth, 1979, p7).

As primeiras interpretações deste fenómeno focalizaram o idoso como causa principal, num pensamento materialista, emergente da revolução industrial, privilegiadora da produção e lucro. Neste sentido, as populações eram classificadas em dois grupos: o grupo dos activos, produtores de riqueza e o grupo dos não activos, apenas consumidores. Este pensamento, numa desconsideração e visão redutora do indivíduo idoso, conotou os inactivos adultos como um peso para a sociedade, desvalorizando os valores sociais e humanos, respeitados até ao séc. XIX.

20

Actualmente são reconhecidos como factores condicionantes do envelhecimento demográfico:

- Maior longevidade dos indivíduos, mercê do avanço da medicina preventiva e curativa e das melhores condições de vida, de higiene e salubridade;
- Decréscimo da mortalidade infantil, pelas mesmas razões;
- Baixa taxa de natalidade que, apesar de algumas tentativas de política social, se apresenta como irreversível.

A proporção de jovens relativamente aos idosos tem-se vindo a desequilibrar de forma acentuada, levando à “involução demográfica”: a taxa de renovação de gerações, em que é necessário haver 2,1 filho por mulher, já não se verifica em muitos países desenvolvidos. Para alguns autores “A principal causa natural responsável pela questão do envelhecimento foi a redução da natalidade” (Imaginário, 2004, p29), devendo-se, no entanto, ressaltar que não é a única.

Espanha e Itália “são os dois países europeus mais envelhecidos, isto é, com mais elevadas proporções de indivíduos com mais de 65 anos ... onde o declínio da fecundidade é o mais acentuado” (Fernandes, 2004, p35).

## **4.2. As consequências do envelhecimento demográfico nas sociedades**

A nível das sociedades modernas, como afirma Fernandes, (2001, p1), o envelhecimento demográfico é um fenómeno irreversível e um problema social.

Genericamente, os debates em torno desta problemática têm feito sobressair os “impactos negativos e problemáticos do fenómeno, em boa parte, pela incapacidade que temos tido em encontrar soluções que reduzam as dificuldades daí decorrentes”. (Fernandes et al, 2004, p13). A consequência que tem tido maior impacto é a sustentabilidade financeira dos sistemas de reformas, directamente afectados pelo desequilíbrio entre os elementos activos e inactivos.

“A sustentabilidade das reformas, o crescimento das despesas com a saúde, as formas de intervenção ao nível da prestação de cuidados formais e informais, da transição dos tempos de actividade para os de inactividade” (Fernandes et al, 2004, p14) são preocupações que têm sido objecto de reflexão e análise em várias áreas científicas. A população jovem e activa torna-se insuficiente para sustentar os encargos resultantes da população não activa.

21

Verifica-se a necessidade de um esforço continuado de investigação, para identificar as mudanças e transformações que ocorrem e delas tirar aproveitamento. Isto é “um grande desafio social, económico e político para as actuais e futuras gerações mais velhas” (Fernandes et al, 2004, p36).

É igualmente importante que a relação entre os homens “deixe de estar fundada sobre a competição e se apoie na solidariedade, onde, por conseguinte, nenhum ser humano possa ser acusado de estar a «mais» (Jacquard, 2004, p90). Os impactos do envelhecimento atingem uma dimensão microsocial do indivíduo, exigindo-lhe uma adaptação à sociedade marginalizante dos velhos.

Enquanto parte integrante do sistema social, o ser humano é o elo mais forte, devendo ser entendido e valorizado de forma contínua. Sendo o envelhecimento um processo universal, que ocorre em todos os indivíduos e em qualquer lugar, tem que ser analisado em diferentes perspectivas, localizadas no tempo e espaço de cada um.

Enquanto a infância, a adolescência, a idade madura são etapas acarinhadas e objecto de investimento político-social, a última, que deveria ser de reconhecimento pelos contributos dados durante a vida activa, é encarada de forma desprestigiante para o idoso e ignorada como etapa natural. A transição da vida activa para a inactividade profissional surge hoje como o início de um longo período, que não foi atempadamente acautelado pelo indivíduo, pela família e pela sociedade.

Se “a reforma é um acontecimento muito importante na vida das pessoas e considerada como entrada oficial na velhice” (Cabrillo, 1990, p20), importa que a designação *velhice* não esteja relacionada com doença, caducidade e inactividade. A velhice deverá ser encarada de forma natural, sem preconceitos. A transição para a reforma deve ser agradável, por perspectivar mais tempo livre e a quebra da rotina diária de horários e cumprimento de obrigações, porque “a idade de ser velho, a idade em que se começam a perder capacidades essenciais e se regista uma deterioração do estado geral de saúde surge mais tarde” (Fernandes, 2001, p5).

Situações de abandono social, económico e familiar fazem sentir a necessidade de investigar a problemática dos idosos noutras perspectivas, encarando esta população como válida e merecedora de reconhecimento. O indivíduo “... só se torna verdadeiramente uma pessoa quando a comunidade humana lhe reconhece direitos” (Jacquard, 2004, p86). À imagem da “perda de capacidades surge o mito da improdutividade, através do qual se afirma que o idoso é incapaz de trabalhar, de ser criativo e de contribuir com algo positivo para o desenvolvimento da sociedade” (Pimentel, 2005, p49).

Justificado socialmente, as pessoas idosas são vistas como “uma categoria de indivíduos cujas propriedades, relativamente homogéneas, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social” (Fernandes, 2001, p2). Esta visão negativa resulta da avaliação generalista que os agentes sociais transmitem de forma deturpada: não se pode afirmar que o idoso esteja, globalmente, excluído da instituição social, familiar ou das redes de solidariedade.

O idoso, enquanto ser humano, sofre a desconsideração social, “Há casos em que o medo do ridículo, da crítica familiar e social, inibiam os idosos de desenvolverem actividades para as quais estavam extremamente motivados” (Pimentel, 2005, p14), condicionando as oportunidades e travando a capacidade de obter melhor qualidade de vida.

O modo como cada idoso sente o envelhecimento é reflexo das suas vivências anteriores. Esse encarar o tempo que lhe resta é influenciado pelo seu percurso de vida, pelas redes envolventes e por outras situações, afectando cada indivíduo de forma diferenciada. “Apesar da idade avançada, os idosos podem e devem continuar a construir as suas vidas de maneira positiva” (Gubrium, 2003, p10).

O envelhecimento tem que ser avaliado de forma global, em perspectivas adequadas a cada contexto, no tempo e espaço de cada um, dando ao idoso o estatuto social que ele merece, numa continuidade de valores e referências. “É pelos olhos dos outros que cada um se torna ele mesmo e tem o direito de exigir respeito” (Jacquard, 2004, p80).

### 4.3. O envelhecimento demográfico em Portugal

O envelhecimento demográfico em Portugal é uma situação com tendência a agravar-se no próximo século. Sobre esta problemática, (Fernandes, 2001, p3) diz-nos que em 1900 havia 5,7% de população com mais de 65 anos e em 1950 havia 7%. Actualmente, são 14%. Diz também que “esta diferença proporcional do início para o final do século representa, em termos absolutos, que o nº de homens cuja idade ultrapassa os 65 anos foi multiplicado por 4,5 e o das mulheres por 5,0. Por cada 100 homens desta idade em 1900, encontramos 455 em 1999”.

Se recuarmos no tempo “a esperança de vida em 1941 era de 47,3 anos para os homens e 51 para as mulheres (Cónim, 1989, p147) e eram poucas as pessoas que atingiam a velhice” (Pimentel, 2005, p34). Em projecção para o ano 2020 a esperança de vida apontada é de 73,3 anos para os homens e 80,1 anos para as mulheres (INE, 1999, p80). Em 1998, o número de idosos (+ 65 anos) correspondia a 15,2% da população total, prevendo-se que o crescimento do número de idosos prossiga e ultrapasse o número de jovens (dos 0 aos 14 anos) entre 2010 e 2015 (INE, 1999, p8). Isto ajuda-nos a perceber porque só recentemente os idosos se tornaram um problema social.

Com base na informação do (INE 1999), verifica-se também que as mulheres sobrevivem mais do que os homens (em 1998 representavam 59,1% dos idosos), apresentando desde 1995 valores superiores de mulheres idosas relativamente às jovens; Estes dados mostram que iremos assistir a um envelhecimento demográfico mais acentuado no feminino, com o desequilíbrio entre homens e mulheres idosas a aumentar. (Machado, 2003, p2).

A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (INE, act29, p3).

A pirâmide etária portuguesa adquiriu a forma típica dos países desenvolvidos, em que “os níveis de natalidade e de mortalidade são muito baixos, o que implica a existência de uma pirâmide de idades



com uma base muito reduzida (baixa proporção de jovens) e um topo bastante empolado (elevada proporção de pessoas idosas) ” (Nazareth, 2004, p110)

Outro aspecto detectado pelos Censos de 2001 e apresentado pelo INE, refere-se à população idosa inactiva, tendo em conta o género: Os resultados revelam que 81% da população idosa era inactiva, apontando uma maior incidência na população feminina, com 86% das situações, contra 74% da população masculina (INE, act29, p4), o que deixa antever a precariedade económica das mulheres.

Relativamente à longevidade por género, segundo os dados do INE “As mulheres vivem em média mais 7 anos do que os homens” (idem). Em 1975, as mulheres podiam esperar viver, em média, 72 anos, e os homens 65 anos; em 2005, os valores ascendiam a 81 e 75 anos, respectivamente. Prevê-se que, em 2050 haja um ganho na esperança de vida de perto de 4 anos para as mulheres e de 4,5 anos para os homens, atingindo, cerca de 85 e 79 anos, respectivamente (ibidem).

Nesta análise e sobre a taxa nascimentos: para prevenir o envelhecimento demográfico, e haver substituição de gerações é necessário um mínimo de 2,1 crianças por mulher. Em Portugal, em 1975, cada mulher tinha, em média, 2,6 crianças, valor que passou para 1,4 crianças em 2005. Desde a década de 80 do século passado que a taxa de substituição não é assegurada. Nas últimas projecções demográficas, aponta-se para o decréscimo do Índice Sintético de Fecundidade até 2010, recuperando a partir desse ano e atingindo em 2050 o índice de 1,7 crianças, em média. (idem, p3).

24

Face aos desequilíbrios (económicos, sociais, familiares, etc.) provocados pelo envelhecimento demográfico, a velhice humana transformou-se numa questão de cariz negativo que é importante alterar, valorizando as suas potencialidades.

Da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que decorreu em Madrid-2002, resultaram directivas importantes pela apresentação de “um plano de acção com o conceito de «sociedade para todas as idades» (Sidorenko and Walker, 2004), apelando a todas as nações a implementação de uma acção que responda às necessidades de combater as condições de vida estigmatizadas das pessoas idosas” (Vaz, 2004, p33). Foi ainda aprovada a designação de “pessoas idosas” tendo como fundamento conferir uma dignidade individual às pessoas que “pela idade, estão afastadas da produção económica clássica” (Vaz, idem), sendo que, “Numa sociedade que se pretende de todas as idades, o lugar do idoso será (re) inventado e a identidade do “mais velho” socialmente recategorizada” (Machado, 2003, p2).

## **CAPÍTULO II - A FAMÍLIA COMO CONTEXTO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO: AS TOMADAS DE DECISÃO E A ACOMODAÇÃO**

### **1. A família e a sua evolução em contexto de grandes transformações sociais**

Desde os tempos primitivos, a família constituiu-se como elemento fundamental de agrupamento e diferenciação social, assegurando a procriação necessária à continuidade da espécie. No caso do ser humano, para além da procriação, a família tem ainda a finalidade de transmitir a herança social (cultural e material) e a atribuição da qualidade de membro do grupo e da posição social. (Barata, 1990, p7).

As relações de parentesco são o pilar da família, sendo esta “um dos apoios de base dos indivíduos em todas as sociedades” (Barata, 1990, p9).

Nas sociedades primitivas, a família, era um grupo económico que providenciava a subsistência dos seus elementos, que residiam em coabitação e em cooperação económica, sendo estes diferentes elementos atributos do conceito de família.

Decorrente da funcionalidade da família no passado, esta era composta por vários elementos, com laços de parentesco biológicos e por afinidade, que residiam na mesma habitação. Era frequente uma nova família formada com o casamento ir residir com a família de um dos conjugues, dando origem ao “fenómeno que se tem designado por família extensa” (Barata, 1990, p 47). Nestas famílias, por vezes constituídas por várias gerações, as tarefas eram distribuídas, “sendo o trabalho da terra feito em conjunto. Todos têm acesso ao produto obtido (...) a comida é (...) preparada na mesma cozinha e as refeições tomadas em comum” (Barata, 1990, p47).

Pode dizer-se que a família é a instituição social mais antiga e sustentáculo do desenvolvimento do homem. Ela “sofreu ao longo dos séculos profundas transformações, quer na sua constituição, quer na sua estrutura, para que pudesse assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros e a sua sobrevivência como sistema familiar” (Moreira, 2001, p19).

Ao evoluir paralelamente às sociedades, não pode ser analisada isolada do contexto global em que está inserida. De acordo com Relvas (1996), falar da família só é entendível quando feito de uma forma

holística, através do seu enquadramento num todo que é a sociedade. “A família sempre tem passado por mudanças que correspondem às mudanças da sociedade” (Minuchin, citado por Imaginário, p64).

Pelas palavras de Alarcão “A família, enquanto sistema, é (...) um todo. Mas ela é (...) parte de outros sistemas, i.é., de contextos mais vastos, com os quais co-evolui, tais como a comunidade ou a sociedade. Dadas as trocas que estabelece com o exterior, a família é um sistema aberto: dele recebe um conjunto de influências, ao mesmo tempo que o influencia. Na sua evolução, porém, o sistema familiar vai regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se ora abrindo-se (...) de acordo com as suas necessidades e características.” (Alarcão, 2000, p46). Também neste sentido e segundo refere Minuchin (1982, citado por Moreira, 2001, p22), “A família como sistema está em constante transformação, isto é, vai-se adaptando às diferentes exigências das diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento, de modo a assegurar a continuidade e o crescimento dos seus membros”.

Seguindo a evolução da sociedade familiar apontada por Varela (1993), poder-se-á dizer que houve três fases principais:

- 1.<sup>a</sup> Fase: A família patriarcal, cuja constituição estava subjugada à autoridade do patriarca ou chefe. Englobava a mulher, os filhos, as noras, os netos e outros descendentes;
- 2.<sup>a</sup> Fase: A família comunitária medieval, família extensa, em que eram consideradas as duas linhas de parentesco: a materna e a paterna. Desempenhavam funções produtivas de grande importância;
- 3.<sup>a</sup> Fase: A família nuclear da sociedade industrial, resultante da revolução industrial e de todas as alterações subjacentes à mesma. Passa a ser constituída pelo marido, mulher e filhos dependentes.

De forma mais acentuada após a Revolução Industrial, surgem outros tipos de famílias, de estrutura diferente, embora mantendo a funcionalidade e a pertença individual de cada papel. Pode acontecer que “coabitam diferentes tipos de famílias: compostas por pais e filhos (incluem em regra duas gerações), por um só cônjuge, sem filhos, por anciãos e por outras formas de ligação” (Moreira, 2001, p21), sendo que “o grupo reduzido que compõe a família moderna não surge (...) como uma simplificação mas antes como uma contracção da instituição familiar” (Lacan, 1978, p18).

## 2. A estrutura familiar contemporânea

Face às alterações demográficas ocorridas no séc. XX, o núcleo familiar passou da família extensa a nível horizontal, à família nuclear, com poucos membros a nível horizontal mas com um aumento a nível vertical. Verifica-se que “as famílias crescem em n.º de gerações, diminuem em número de

membros em cada geração (...) especialmente nas mais novas” (Sousa, et al, 2004, p128), daqui resultando cada vez mais idosos e famílias com menos membros.

Esta evolução leva alguns autores a falarem em 3ª e 4ª idade, encontrando-se frequentemente entre os idosos 2 gerações: “uma muitas vezes já na reforma mas ainda perfeitamente autónoma (3ª idade) e outra mais dependente (4ª idade) (Relvas, 2000, p214), com necessidade de vários apoios.

Segundo algumas teorias, entre elas a de Talcott Parsons, na fase pós-industrialização, a estrutura familiar centrou-se na família nuclear, isolada da família alargada, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho, à nova dimensão habitacional e outros factores justificativos do afastamento, quebra de laços de parentesco e interacção familiar.

Investigações mais recentes “Louis Roussel (1976), Agnès Pitrou (1977), Catherine Bonvalet (1991), J Kellerhals (1987, 1988), entre outros, vieram restituir a parentela à família” (Fernandes, 2001, p7), tendo demonstrado que os laços familiares existem e que nunca deixaram de existir, tendo sim assumido formas diferentes de funcionamento. “Apesar de ter influenciado as investigações sobre a família ao longo das décadas de 60 e 70 (...) a teoria parsoniana começou a ser posta em causa com o surgimento das investigações empíricas (...) que provaram que as famílias nucleares não estavam isoladas” (idem), funcionando com redes de parentesco, através das quais circula a entreaajuda. Em Portugal também “os estudos de Karin Wall, 1988, Arriscado Nunes, 1992 e Sílvia Portugal, 1995” (Pimentel, 2005, p69) entre outros vieram confirmar que o papel representado pela família assume uma importância relevante nas relações intergeracionais. Contrariando a ideia de que a família nuclear funciona sem relações de solidariedade, Fernandes diz que “A autonomia das novas famílias não é acompanhada de rupturas com as famílias de origem” (Fernandes, 2004, p20).

Com base em estudos efectuados, “O abandono familiar e filial muito difundido e mantido por técnicos que lidam com apenas uma franja de idosos” (Paul, 1977, p86) é uma realidade enviesada, verificando-se apenas em casos de população mais empobrecida e sem retaguarda familiar. Nas palavras de Sousa (2004) a família contemporânea é um entrecruzar de gerações, onde cada elemento tem o seu tempo e papel definidos. As famílias “evoluem e transformam-se sem perder a sua identidade, ou seja, estão preparadas para manter a unidade” (Sousa, 2004, p18).

Apesar da mobilidade geográfica, a facilidade e rapidez de acesso e a existência de meios de comunicação funcionais permitem contactos frequentes e a manutenção das relações intergeracionais, pelo que a família persiste como suporte fundamental para o indivíduo, desde que nasce até que morre. Nas várias etapas do ciclo de vida, o ser humano encontra no seio da família (seja de sangue, de afinidade ou outra) o berço, o colo, o suporte, o apoio emocional ou de sobrevivência. Para os idosos, a família é a resposta, onde encontra amor e apoio. Cada elemento da família desempenha o

seu papel, sendo que “É na ordem original da realidade que constituem as relações sociais, que é preciso compreender a família humana” (Lacan, 1978, p21). Residindo em conjunto ou não, em família nuclear ou alargada, a família mantém os laços de intimidade, solidariedade e colaboração, funcionando como um sistema, em contínua relação com outros sistemas alargados.

A integração da mulher no mundo laboral, a sua maior independência e menor disponibilidade temporal poderiam fazer supor que ela descarta o apoio à família mas “ A família contemporânea, que valoriza a autonomia individualista, garante também maior espaço de liberdade aos membros que a compõem” (Fernandes et al, 2004, p17). Tem havido um reajustar de tempos e actividades e uma adaptação dos cuidados prestados.

O aumento do número de idosos provoca sérias dificuldades em gerir e responder de forma eficaz a esta problemática, principalmente nos países onde se conta com a solidariedade familiar e com a mulher para resolver, em primeira instância e de forma graciosa, a situação de dependência dos mais velhos.

## 2.1. A situação familiar em Portugal

A estrutura familiar em Portugal apresenta uma situação paralela à de outros países desenvolvidos, com marcado envelhecimento populacional.

28

De acordo com os dados fornecidos pelo INE, (Censos de 2001), têm vindo a observar-se e acentuar-se as seguintes características:

- As famílias clássicas portuguesas têm cada vez menos elementos: Em 2001, a maior percentagem de famílias (cerca de 31%) eram compostas por 2 pessoas. As famílias compostas por 1, 3 ou 4 pessoas oscilavam entre os 18% e os 20%; As famílias compostas por 5 ou mais pessoas, tendo sofrido uma diminuição de 28,6% na última década (INE, Act27, p1);
- As famílias têm cada vez mais elementos idosos incorporados: Entre 1991 e 2001, a proporção de famílias clássicas com idosos aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%. As famílias compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período intercensitário (INE/act29, p4);
- As famílias de idosos são cada vez mais, sendo a maioria constituída por apenas um idoso (50,5%); por dois idosos são 48,1% (Ibidem).

### 3. A responsabilidade familiar e social face ao idoso dependente

Com a número de idosos a aumentar, é importante analisar as alterações provocadas nas relações intergeracionais e o modo como são percebidas pela família.

No âmbito do apoio familiar a idosos verificam-se trocas de bens e serviços, num circuito de dádivas e retribuições, segundo as carências envolvidas. De acordo com Attias-Donfut (1998), citada por Fernandes, (2001, p7), a entreaajuda intergeracional pode assumir várias motivações:

- *“A lógica das necessidades*: as ajudas são orientadas em direcção aos membros da família que se deparam com dificuldades;
- *O laço de reciprocidade*: as ajudas representam a liquidação de uma dívida resultante de uma dádiva recebida anteriormente;
- *A complementaridade* com as ajudas públicas: as prestações sociais estimulam a entreaajuda familiar.”

A responsabilidade e o apoio prestado significam que “de acordo com Salutz (1995) ajudar cada membro da família é uma função que engloba o apoio físico, financeiro, social e emocional, que são aspectos relevantes para a maioria dos idosos” (Martins, 2006, p132).

29

Este entendimento não é uniforme em todas as sociedades, verificando-se a existência de países em que, cuidar das populações idosas, é uma tarefa a cargo do estado ou de entidades responsáveis (seguradoras, por exemplo). Nestas, o cuidado prestado pelos familiares não tem obrigações legais, assume uma forma voluntária e pode ser compensado economicamente, sendo mais afectiva que efectiva. Cabe ao estado dar resposta.

Estão nesta situação, de acordo com Carvalho, (2006, pp 6-10), o Reino Unido, a Irlanda, os países nórdicos, a Holanda e o Luxemburgo, que actuam em função das necessidades surgidas e da melhor resposta em qualidade de serviços. Já Espanha, Itália, Grécia e Portugal atribuem à família a responsabilidade de prestar apoio aos seus familiares idosos dependentes.

Estas conclusões resultaram de projectos de investigação, que visaram identificar as necessidades das pessoas idosas e suas famílias, melhorar serviços e viabilizar economicamente os sistemas de protecção, financiados pela EU que “*nestes últimos cinco anos efectuou um esforço para a promoção e efectivação desta área da política*” (Carvalho, 2006, p5).

Nos países do Sul da Europa, o papel abrangente da família, inclui a responsabilidade cultural de cuidar dos que necessitem. Pela aplicação em Portugal do *European Values Study* (1990, 1999), “e face aos outros domínios, a família continua a ser «o aspecto da vida» a que os portugueses (84%) atribuem mais importância” (Almeida, 2003, p4).

O sentimento de obrigação e a solidariedade estão subjacentes à determinação dos cuidadores familiares em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever. No entanto, apresenta sinais preocupantes de incapacidade em continuar a assumir essa responsabilidade. Verifica-se que, com a expansão do número de idosos, “Nos países do Sul da Europa, tanto a escassa provisão social de serviços de cuidados para pessoas idosas e incapacitadas, como a extensão do “familiarismo”, resultaram numa situação em que a maior parte do trabalho relacionado com o cuidar de pessoas idosas e dependentes é providenciado dentro da família e principalmente por mulheres” (Caramés, 2008, p78).

A nível social e político, a família é a alternativa em primeira instância para prestar apoio aos seus elementos, nomeadamente no caso da velhice. A política de cuidados às pessoas idosas tem tido alguma evolução nos últimos anos, através da criação de serviços e políticas activas nesta área mas apresenta-se ainda muito deficitária, o que leva à manutenção da família como principal cuidadora e que na “indisponibilidade ou inexistência desta, muitas pessoas vivam sós, entregues a si próprias.” (Almeida, 2003, p10).

30

Em Portugal, apesar de algum “crescimento dos serviços formais de apoio ao idoso, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais” (Pimentel, 2005, p15), reflectindo-se esse apoio na presença feminina que se caracteriza “por ser muito mais contínua e regular, traduzida por serviços, bens e suportes materiais” de acordo com Gil, (1999: 106, referenciada por Fernandes, 2001, p7), apesar das atribuições profissionais que a mulher assumiu.

Tradicionalmente, a família dava resposta às necessidades físicas (alimentação, vestuário, habitação), às psíquicas (amparo, carinho, afecto) e às sociais (identificação, relação, pertença). Actualmente há um conjunto de serviços que apoiam e substituem o papel da família nalgumas funções mas revelam-se insuficientes na prestação de cuidados a um grupo etário que inevitavelmente vai enfrentar situações de dependência acrescidas.

Em termos de direitos, o cuidado (informal) prestado pelos familiares é um trabalho “invisível” e apesar do seu valor inquestionável, é maioritariamente voluntário, sem reconhecimento público e político, aceite socialmente como obrigação a cargo da mulher. “A função de cuidador informal nem sequer é reconhecida a nível legal, pois encara-se como uma obrigação familiar, não se criando medidas que

facilitam a sua assumpção com qualidade” (Figueiredo, 2004, p61). Porque “responder às necessidades do idoso deve passar também por responder às necessidades da família” (Machado, 2007, p75), o papel da mesma deveria ser apoiado, atribuindo-lhe as contrapartidas necessárias à manutenção da sua prestação de cuidados.

#### **4. Contextualizando o papel da família e do cuidador informal (CI). A importância do seu papel e os modelos de investigação**

Há um reconhecimento geral da importância que tem para os idosos dependentes a sua manutenção no domicílio, porque significa estarem integrados no seu habitat, manterem os seus pertences e não se sentirem despojados da sua vida passada. Para as famílias, significa poderem manter perto de si os familiares, quando eles mais necessitam dos seus cuidados e carinho.

O envelhecimento demográfico, acarreta a necessidade de mais cuidadores informais e por períodos cada vez mais longos, como resposta às carências do indivíduo idoso, dependente de outros para as suas necessidades básicas de bem-estar e sobrevivência. Esta realidade afecta a estrutura familiar no seu conjunto e particularmente no desempenho dos papéis que lhe estão atribuídos socialmente.

Pela crescente importância do papel do CI nas sociedades modernas, a investigação sobre o assunto tem vindo a aumentar, de forma mais acentuada nos países com maior índice de envelhecimento e onde a preocupação social é mais activa. Estas investigações, maioritariamente na área da saúde, têm tido o objectivo de compreender e ajudar o idoso na dependência e o CI no acto de cuidar, face ao reconhecimento da carga existente.

É importante analisar e avaliar tanto o *modo de cuidar* como o *modo de se cuidar*. Jáuregui (2001) refere-se aos CI como “la protección social invisible”, enunciando vários estudos desenvolvidos desde há cerca de 15 anos e abrangendo diversos contextos desta actividade, nomeadamente Given et al, (1992), para falar da multidimensionalidade de sobrecarga que afecta a família do dependente e Thompson e Gallagher-Thompson, (1996) para falar da maneira como o cuidado prestado é percebido pelo cuidador (pode assumir uma forma stressante ou revelar-se gratificante).

Também Gonçalves, (1996, p41), referindo Given & Given (1991) fala sobre a trajectória do processo de cuidar e afirma que “cuidar de um membro idoso fragilizado, no seio familiar, é pontuado de muitas dificuldades”, não só para o cuidador como também para o próprio idoso, enunciando alguns aspectos negativos e outros positivos.



Figueiredo (2004) traça o perfil do cuidador (maioritariamente esposas e filhas, coabitando com o idoso) e foca as actividades do mesmo, referindo Horowitz (1985), que conceptualizou os cuidados familiares em 4 categorias (serviços directos, suporte emocional, mediação com organizações formais e apoio financeiro) e James (1992), que classificou a prestação informal em trabalho físico, trabalho emocional e trabalho de gestão e organização. Analisa igualmente a sobrecarga sentida pelo CI, e os aspectos positivos e negativos que resultam do desempenho desta actividade.

Outros autores consultados transmitem que as áreas de actuação que mais sobrecarregam o CI estão ligadas aos cuidados pessoais com o doente (higiene, bem-estar), à reorganização de horários de tarefas e à sobrecarga física e psíquica resultante de um apoio prestado 24 sobre 24 horas, que não deixa tempo livre para o auto cuidado e para actividades pessoais.

Geralmente a responsabilidade recai sobre um único membro da família, o que torna a situação mais difícil de gerir: “o cuidador primário, que acaba por dividir-se entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares. Outros membros da família podem ajudar, porém, não de forma regular e sim de tempos a tempos, desempenhando tarefas menores em termos de quantidade e intensidade de ajuda que fornecem” (Stoller e Earl, 1983, Silliman e Sternberg, 1988, Penning, 1990, Stoller, 1990”, in Gonçalves, 2002, p38).

Na tentativa de enquadrar empiricamente o papel do CI, foram analisados alguns modelos de investigação aplicáveis ao estudo da família, em contexto com a problemática do cuidador informal, perspectivando o modo como este desempenha o seu papel e as consequências que daí resultam.

#### **4.1. Modelo de Stress e estratégias de coping**

Através da percepção do que é o stress e as estratégias de coping, pretende-se perceber como os mesmos têm influência no desempenho do papel de cuidador.

Segundo Alarcão (2002) as famílias estão sujeitas a diversas pressões, internas e externas. Como pressão interna entende-se a que resulta das alterações decorrentes do desenvolvimento dos seus elementos. Como pressão externa, entende-se a que é sofrida pelos seus elementos na adaptação aos sistemas mais alargados, como instituições sociais.

Em relação ao CI, as conclusões dos estudos efectuados apontam a existência paralela duma sobrecarga psicológica com as outras. “A designação sobrecarga (burden) surgiu face à situação psicológica associada ao grau de desconforto ou doença, originado pela prestação de cuidados” (Jáuregui, 2001, p4). Esta função é realizada frequentemente de forma isolada, com várias

acomodações, originando situações de ansiedade e stress, nem sempre percepcionadas atempadamente.

Lazarus desenvolveu em 1966 a teoria de coping como resultado da investigação efectuada para identificar os componentes e determinantes a que os indivíduos recorrem e no modo como lidam ou reagem a situações ou acontecimentos stressantes específicos.

Esta teoria foi sofrendo algumas correcções, baseadas em investigações efectuadas pelo próprio e por outros investigadores, tendo dado origem ao Modelo Transaccional de Lazarus, em que o coping é entendido como um processo bidireccional entre o indivíduo e o ambiente em que está inserido.

Lazarus identificou coping como um processo de gestão de situações pontuais, que não acontecem por norma, e que implica dinâmicas e mudanças contínuas resultantes das relações entre o indivíduo e o meio. Coping é: “esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo ou estando nos limites dos recursos do indivíduo” (Folkman & Lazarus, 1988, p 2, in Pais-Ribeiro, 2001, p491).

Das várias perspectivas em relação às estratégias de coping, a versão mais recente refere uma aplicação em duas dimensões:

- A dimensão focada no problema “refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress” (Idem, p492);
- A dimensão focada nas emoções “refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes” (Ibidem).

Devido à complexidade das questões envolvidas na definição de estratégias de coping os investigadores (incluindo o próprio Lazarus) sentiram dificuldade em definir as mesmas de uma forma global, tendo em conta que cada situação é diferente da outra e que cada indivíduo reage com características próprias às situações que tem que enfrentar, utilizando por vezes várias estratégias simultaneamente. Assim, quando é feita investigação empírica, a tendência é para, em cada situação investigada e considerando o contexto, o acontecimento e o indivíduo, haver uma adaptação das estratégias de coping identificadas na teoria.

Relativamente à problemática dos CI e como forma de viabilizar as acomodações necessárias ao cuidado prestado, os cuidadores tendem a adaptar estratégias que lhes permitam fazê-lo da forma menos stressante. Como exemplo, Connel e Baker, referidos por Franco, identificaram algumas dessas estratégias, referenciadas como “estratégias de *coping*”, citando seis: “1) manutenção de uma atitude positiva; 2) adaptação à mudança; 3) comparação com os outros; 4) mudanças no trabalho; 5) o

humor; 6) o suporte de familiares e amigos próximos.” (Franco, 2007, s/p). Todo o mecanismo utilizado pelo indivíduo com o objectivo de diminuir o impacto de um evento stressante é um mecanismo de *coping*.

Como refere Paúl (2005, p209 citando Pearlin e Zarit, 1993) “Cuidar um familiar idoso é uma experiência (...) que obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, podendo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para indivíduos e famílias”.

## 4.2. A Síndrome de burnout

Burnout é definida como uma “reação à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo, excessivo e stressante com o trabalho, essa doença faz com que a pessoa perca a maior parte do interesse em sua relação com o trabalho, de forma que as coisas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil”. (Wikipédia, burnout, 2008).

É, segundo alguns autores, “uma das consequências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos (até como defesa emocional)” (Campos, 2007, s/p).

34

A expressão “Síndrome de Burnout” foi desenvolvida nos Estados Unidos pelo psicanalista Freunderberger depois de este observar que várias pessoas com quem trabalhava apresentavam sintomas de desgaste emocional, mau humor e desmotivação para o trabalho, chegando a um ponto de exaustão profunda. O desenvolvimento do conceito tem levado à sua aplicação por vários investigadores, em diversas áreas. Começou por ter uma aplicação clínica tendo passado posteriormente a uma fase empírica, sendo que actualmente é aplicada por qualquer profissional que interaja de forma activa com pessoas, que vivenciem problemas de outras pessoas.

Depois de analisadas várias perspectivas de aplicação do modelo conceptual *Síndrome de Burnout*, (Guimarães, 2003, p11) afirma que “*Burnout* é essencialmente um construto social que se desenvolve a partir das relações laborais (...) é uma Síndrome Depressiva específica ligada ao trabalho”.

Neste sentido, ao cuidar de um idoso, o CI enfrenta situações que podem submetê-lo a um desgaste, face à expectativa em relação ao seu desempenho, que o conduza à exaustão física e psicológica, a ponto de perder a capacidade de continuar a exercer esse papel. “O cuidar de um idoso (...) pode tornar-se uma verdadeira prisão e sofrimento” (França e Rodrigues, 1999 in Gonçalves, 2002, p42).

O *burnout* seria a resposta às situações do CI em que “eles experimentam a vivência de que oferecem muito mais, em comparação com o que recebem, ou seja, o retorno em termos de gratificação (gratidão) é sentido como reduzido, insuficiente diante das suas expectativas” (Idem, p43).

### 4.3. A resiliência na família

A resiliência, como tema científico, surgiu na década de noventa pela mão dos anglo-saxónicos. Em psicologia, significa a capacidade do indivíduo se sobrepôr e dar a volta por cima após uma situação traumática. É “a capacidade do indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas - choque, estresse, etc., - sem entrar em surto psicológico.” (Wikipedia, resiliência, 2008).

A resiliência é um conceito cuja aplicação tem evoluído na abordagem que faz ao indivíduo, tendo começado pela criança, depois adolescente, adulto e, por fim, o idoso. Da mesma forma, a “definição do conceito evolui do indivíduo (traços de personalidade), para a família (construção relacional) e redes sociais mais amplas (visão ecológica)” (Souza, 2006, p124).

Amandine Theis, citando Manciaux e Tomkiewicz referem resiliar como “recuperar-se, ir para a frente após uma enfermidade, um trauma ou um stress. Implica vencer as provas e as crises da vida, isto é, resistir-lhe primeiro e superá-las depois, para continuar a viver o melhor possível. Resiliar é rescindir um contrato com a adversidade” (Pereira, 2004, p85).

Manciaux, “o grande teórico francês da resiliência” veio aplicar o termo à idade avançada referindo que “traumas graves não faltam na anciania”, podendo os factores de risco ter origem no próprio indivíduo ou no seio do meio ambiente que o rodeia. Ao aplicar este conceito a esta faixa etária “pretende centrar-se a atenção sobretudo (...) mais sobre os aspectos positivos, que sobre as limitações” (Idem, p86). Este pensamento decorre do facto de que, para superar uma dificuldade, é necessário identificá-la e superá-la de forma positiva, valorizando essa superação. A resiliência faz sempre sentido (...). Ser resiliente é ser capaz de superar as nocividades e de continuar a viver o melhor possível (...) com algum projecto e esperança” (idem, p84).

Tomando como base a teoria do stress e adaptação McCubbin, Thompson e McCubbin (1996 cit in Souza, 2006, p119) “estudaram a resiliência no âmbito da família, considerando esta última em sua totalidade, submetida a desafios próprios do ciclo vital e outros inesperados. Definiram a resiliência familiar como um processo de adaptação aos eventos estressores que ultrapassa o simples ajustamento, (...) e que passa pelos recursos internos da família e os externos da comunidade”.

Após pesquisa efectuada sobre a resiliência familiar, (Souza, 2006, p123) refere os estudos sobre “o cuidado com idosos no contexto familiar (Sommerhalder, 2001), a psicoterapia familiar como meio de desenvolvimento da resiliência (Souza, 2003), a relação de apego em famílias em situação de risco (Cecconello, 1999) e uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco (Cecconello & Koller, 2003)”.

Outro investigador (Barbosa, 2006) veio defender que a resiliência é um agrupamento de factores que, quando reunidos, possibilitam a superação da dificuldade causadora de stress. Validados pela aplicação do “Questionário de Índice de Resiliência: Adultos - Reivich – Shatté / Barbosa”, de acordo com o autor resumem-se em:

- **Administração das emoções:** habilidade em conseguir manter-se sereno, face a uma situação de stress. Pessoas resilientes quanto a esse factor são capazes de reorientar o comportamento, promovendo a auto estima.
- **Controle de impulsos:** capacidade de regular a intensidade dos seus impulsos; Não se deixar levar impulsivamente pela emoção. O auto-controle dos impulsos garante a auto-regulação dessas emoções.
- **Optimismo:** há um investimento contínuo de esperança e, por isso mesmo, a convicção da capacidade de controlar o destino da vida, mesmo que o poder de decisão não esteja nas suas mãos.
- **Análise do ambiente:** capacidade de identificar as causas dos problemas e das adversidades presentes no ambiente. Essa possibilidade permite à pessoa optar pela situação mais segura.
- **Empatia:** significa a capacidade que o ser humano tem de compreender os estados psicológicos dos outros (emoções e sentimentos) e organizar as suas atitudes a partir desta leitura.
- **Auto eficácia:** refere-se à convicção de ser eficaz nas acções propostas. É a fé de que resolverá os seus próprios problemas através dos recursos que encontra em si mesmo e no ambiente.
- **Alcançar pessoas:** é a capacidade que a pessoa tem de se vincular a outras pessoas, sem receios e medo do fracasso, com a finalidade de viabilizar a formação de fortes redes de apoio.

A resiliência tem a ver com a capacidade de cada indivíduo superar as dificuldades ou situações traumáticas e reerguer-se com confiança. O “funcionamento resiliente edifica-se através de um jogo complexo de processos defensivos de ordem intrapsíquica e de factores de protecção internos e externos. O estudo da resiliência vem (...) constituir um novo modelo fundado na abordagem do sujeito encarado na sua globalidade, com os seus recursos e os seus processos defensivos assim como com as suas fragilidades.” (Anaut, 2005, resumo).

#### 4.4. O modelo ecológico

O ramo científico da **ecologia humana** tem como objecto de estudo a relação do ser humano com o seu ambiente natural e as influências exercidas mutuamente. Com base nesta abordagem há uma bidirecionalidade entre indivíduo e ambiente uma vez que a atenção é focalizada nas influências do indivíduo sobre o contexto em que está inserido, e que resultam das suas características individuais, ao mesmo tempo que analisa também as influências do meio no indivíduo ao longo do seu percurso individual, de desenvolvimento e de ocorrências diversas.

É nesta perspectiva sistémica que Bronfenbrenner desenvolveu a teoria ecológica do desenvolvimento humano, em que analisa as experiências do indivíduo “como subsistemas dentro de sistemas, que por sua vez se integram em sistemas ainda mais alargados, «como um conjunto de estruturas em ninho, cada uma dentro da seguinte» ” (Bronfenbrenner, 1979, p22 cit in Jorge, 2007, p34).

O desenvolvimento humano é, então, definido como "o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida" (Bronfenbrenner, 1989, p191)

37

Estes sistemas foram apresentados em quatro níveis, que se especificam segundo a linha explicativa de (Alves, 1997):

- **microsistema:** é o primeiro sistema, o ambiente familiar, aquele em que se estabelecem os primeiros contactos face-a-face. Neste sistema, as relações estabelecidas deverão ter: reciprocidade, equilíbrio de poder e afecto, permitindo em conjunto vivências efectivas, em que se desenvolvem actividades e assumem papéis.
- **mesossistema,** é um conjunto de microssistemas. A transição da criança de um para vários microssistemas abrange o conhecimento e participação em diversos ambientes (a família, a escolinha, a vizinhança, etc.), reforçando relações e desenvolvendo papéis específicos. Há participação em vários ambientes, que interagem entre si.
- **exossistema,** é o contexto ambiental que o afecta o desenvolvimento do individuo. O ambiente não envolve a pessoa como participante activo mas os seus eventos afectam-na e são afectados por ela.
- **macrossistema,** abrange os sistemas de valores e crenças que permeiam a existência das diversas culturas e que são vivenciados e assimilados no decorrer do

processo de desenvolvimento. Inclui todos os sistemas anteriores e os sistemas de organização social, económica e política, todos eles em articulação.

Os diferentes contextos sociais, tais como a família, a rede de vizinhança, os amigos, a comunidade e os seus membros são interdependentes e ao ocorrerem mudanças num deles, as mesmas têm repercussões nos restantes contextos. Assim, “na investigação sociológica, as propriedades da pessoa e as do ambiente, a estrutura dos cenários ambientais e os processos que decorrem neles e entre eles devem ser vistos como interdependentes e analisados como sistemas” (Bronfenbrenner, 1979, s/p, in Jorge, 2007, p34)

Depois de trabalhar o modelo original, - alvo de algumas críticas que o referiam como demasiado centrado no ambiente, em detrimento dos processos individuais - o autor propõe uma recombinação dos principais componentes do mesmo com novos elementos em relações mais dinâmicas e interactivas. Dessa evolução teórica resultou que o modelo ecológico do desenvolvimento humano assenta em quatro conceitos básicos e inter-relacionados: a pessoa, o contexto, o tempo e o processo (Bronfenbrenner & Morris, 1998, in Jorge, 2007, p36), que se justificam porque:

- **A pessoa**, ao longo do desenvolvimento do seu ciclo de vida, assume características individuais no relacionamento com o meio exterior em que está inserido;
- **O contexto** é o meio ambiental que circunda a pessoa e onde se processa o seu desenvolvimento;
- **O tempo** diz respeito a todo o ciclo de vida do indivíduo, nas suas sucessivas fases e à influência sofrida individualmente, exercida pelos acontecimentos que foram ocorrendo ao longo delas;
- **O processo** diz respeito às “ligações que o indivíduo vai estabelecendo ao longo da sua vida, através de uma participação activa e das interações que ocorrem e que permitem o seu desenvolvimento ao nível intelectual, emocional, social e moral”. (Machado, 2007, p20).

A abordagem ecológica do desenvolvimento privilegia os aspectos saudáveis deste, os estudos realizados em ambientes naturais e a análise da participação da pessoa focalizada no maior número possível de ambientes e em contacto com diferentes pessoas.

Neste sentido, no contexto familiar vão ocorrendo fenómenos que influenciam e são influenciados pelo ambiente. De igual forma o indivíduo vai influenciando e sendo influenciado de forma continua pelo contexto em que está inserido. A maneira como assimila e responde às contrariedades que lhe surgem é assim continuamente influenciado de forma ecológica. Do equilíbrio resultante dessa inter-acção resulta a maneira como, neste caso, o CI consegue gerir e lidar com as situações que lhe ocorrem. Do seu percurso de ganhos e perdas resultam acomodações que lhe permitem a adaptação.

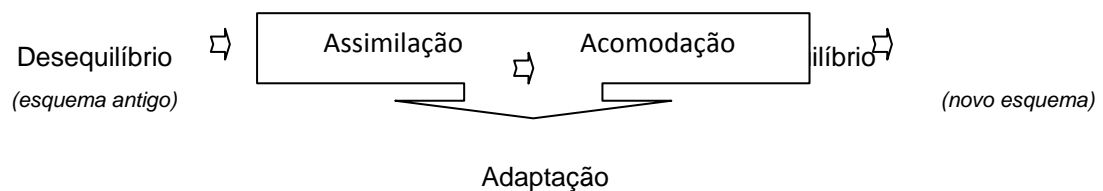
#### 4.5. A acomodação

A acomodação surge como a resposta necessária para ultrapassar exigências que são colocadas ao indivíduo e que envolvem sempre processos de mudança, adaptação e desenvolvimento contínuo, num esforço para manter o equilíbrio. Quando o conflito é superado, a acomodação permite um equilíbrio saudável. “A mera tolerância entre os indivíduos ou entre os grupos é o grau mínimo de acomodação. Um grau ulterior é o compromisso, um processo em que cada uma das partes faz concessões à outra. A arbitragem e a conciliação são formas conscientes de acomodação.” (Amorin, 1993, p22).

Piaget define acomodação como “um dos mecanismos da adaptação que estruturam e impulsionam o desenvolvimento cognitivo” (Wikipédia, acomodação, 2008). É o processo através do qual o indivíduo se submete às exigências exteriores, adequando-as. O outro mecanismo de adaptação é através da assimilação.

Segundo Piaget, o indivíduo está em constante processo de adaptação face às exigências do meio, num processo balanceado de *desequilíbrio versus equilíbrio*. Quando o indivíduo entra em *desequilíbrio*, é accionado um processo de *assimilação* ou um processo de *acomodação*, através do qual vai atingir novamente o ponto de equilíbrio. Este período, que decorre entre *desequilíbrio* e novo equilíbrio é o período de adaptação.

39



Processo de assimilação e acomodação segundo Piaget

De acordo com a teoria cognitivista de Piaget, “as estruturas mentais formam-se e são modificadas ao longo da vida mas os processos pelos quais essas mudanças ocorrem não variam, ou seja, as adaptações cognitivas são sempre resultado de um processo de assimilação ou de acomodação” (Camargo, 2008, s/p). Assim, são estes dois processos que permitem a adaptação do indivíduo ao meio, ao provocar-lhe ajustamentos activos. Piaget, ao expor as ideias de assimilação e acomodação indicou igualmente que uma situação não se verifica sem a outra “não há assimilação sem acomodações (anteriores ou actuais), também não existem acomodações sem assimilação” (Tafner, 2008, s/p)



Também Lazarus investigou este tema e, para ele, nem sempre a acomodação é feita de forma consciente pelo sujeito. Esta pode surgir inconscientemente, como forma da pessoa evitar o conflito, ao não tomar consciência do mesmo.

“Tais esforços inconscientes de ajustamento são mecanismos de defesa do ego, por meio dos quais um individuo se ilude a si próprio sobre circunstâncias reais ou sobre impulsos que não pode aceitar em si” (Lazarus, 1979, p30). Nesta perspectiva, o indivíduo “abandona ou nega as necessidades internas que estejam em divergência com as exigências sociais externas (ou interiorizadas)” (Idem) para desta forma, aceitar uma situação imprevista e que lhe causaria um desequilíbrio.

Para Lazarus, *adaptar* significa acomodar-se às exigências que nos são impostas: “A adaptação consiste nos processos por meio dos quais dominamos essas exigências” (Lazarus, 1963, p17) Estas exigências, segundo o autor, podem ser externas ou internas.

As exigências externas “desafiam as capacidades de adaptação do homem” e resultam “do meio social, da vida em sociedade e da interdependência com outras pessoas” (Idem, p18). Adaptar-se é uma questão de conseguir responder às exigências que lhe surgem sem que se verifique uma situação de conflito, que pode verificar-se entre 2 exigências internas, entre duas externas ou entre uma interna e uma externa. Não conseguindo chegar à adaptação, o conflito será resolvido através da assimilação ou da acomodação, sendo:

- A assimilação um processo que “requer o domínio, a eliminação ou a rejeição da exigência social, em vez do abandono da necessidade pessoal” (Lazarus, 1979, p30);
- A acomodação um processo pelo qual “uma pessoa pode subordinar uma das pressões conflitantes, preferindo dar expressão e gratificar a outra” (Idem, p28).

Por meio da acomodação “reorganizamos os nossos pensamentos, aperfeiçoamos as nossas habilidades e mudamos as nossas estratégias (Bee, 1997, p 67).

## 5. A acomodação familiar subjacente ao papel de cuidador informal do idoso dependente

A família, enquanto grupo dinâmico, funciona em duas dimensões principais, distintas mas interligadas: a dimensão social e a dimensão familiar.

Avaliando a família na sua dimensão interna, as alterações que a mesma tem sofrido nas últimas décadas, no entrecruzar de gerações e papéis atribuídos a cada elemento, foram frequentemente referidas. Daqui decorre “a necessidade da mudança e complexificação de papéis e estatutos no seio da família, de qualquer modo sempre interligados” (Relvas, 2004, p191).

Uma alteração que influenciou a estrutura familiar relaciona-se com a longevidade dos seus membros, prolongando o último ciclo de vida da família, a geração da adultez tardia, que vê o seu tempo alongar-se. Esta situação, pode originar um entrecruzar de três e quatro gerações, em relações de afinidade e trocas de serviços e bens. Como refere (Bee, 1997, p483), actualmente cerca de “metade das mulheres com 60 anos ainda tem suas mães vivas” enquanto em 1980 apenas esperaria ter um dos pais vivos até aos 57 anos. Há núcleos familiares em que, quando os pais ficam em situação de dependência e recorrem aos filhos estes, simultaneamente, poderão estar a apoiar os netos, bisnetos e um dos membros do casal. Esta geração, que tem sido apelidada de “geração sanduíche” ou “geração do meio (middle generation)” é o reflexo das alterações verificadas ao longo da história familiar contemporânea. Não negligenciando a importância das outras gerações, esta geração situada cronologicamente na meia-idade, assume “uma função fundamental de *pivot* em toda a articulação intergeracional”. (Idem).

Mas a família comporta um dinamismo próprio que a faz funcionar de forma autónoma, activa e funcional. Como grupo, age de forma organizada e funcional, revelando a capacidade de resolver os seus problemas internos e externos, através de equilíbrios activos, numa força auto-organizativa que lhe confere coerência e consistência.

41

Com a necessidade de adaptação e flexibilização no relacionamento entre os seus membros, surgem novas funcionalidades na dinâmica familiar, que podem originar situações de crise. Algumas famílias atravessam períodos problemáticos, que afectam o seu funcionamento como um todo e cada elemento individualmente. Para resolver e ultrapassar essas crises, recorrem a diferentes estratégias.

Uma das estratégias encontradas para gerir e ultrapassar as crises, ou obstáculos, que surgem no ciclo de vida familiar é a acomodação. A acomodação, a nível familiar ou individual, pode surgir em qualquer etapa do seu percurso, como resultado de conflitos gerados por factores de origem interna ou externa, que interfiram nas rotinas diárias e que suscitem a necessidade de os resolver. Para ultrapassar o conflito “devemos acomodar-nos a fim de nos adaptarmos ou ajustarmos a certas exigências do nosso meio” (Lazarus, 1979, pag17), podendo as acomodações surgir com maior ou menor frequência e intensidade, de acordo com a capacidade individual de gerir o conflito.

A acomodação é o processo através do qual “se alteram as estruturas de forma a incorporar algo novo e exterior, provindo do ambiente envolvente. O indivíduo, ou a família, reajusta-se a cada variação do exterior” (Jorge, 2007, p52).

Aplicada ao CI, a acomodação numa perspectiva ecocultural, refere-se às actividades activas e sócio-construtivas que são levadas a cabo para conseguir adaptar, explorar, equilibrar e reagir a muitas forças competidoras e por vezes contraditórias: cuidados de saúde, cuidados de bem-estar, tarefas domésticas, atitudes perante os outros membros da família, necessidades financeiras, avaliação do futuro (Gallimore et al, 1989).

Referindo Jorge, (2007) as acomodações são também definidas como respostas funcionais ou ajustes às exigências da vida diária e incluem acções efectuadas, evitadas ou adiadas, de modo a criar ou manter uma rotina familiar. Podem variar em intensidade, duração, esforço dispendido e recursos investidos (Keogh et al, 2000 in Jorge, 2007, p53).

Da pesquisa efectuada, verificámos que o conceito *acomodação* surgiu inicialmente aplicado a famílias que integram membros portadores de multideficiências. Fazendo uma analogia entre famílias concluímos que fazia todo o sentido transportá-lo para as famílias cuidadores de idosos, uma vez que a diferença entre as duas situações, à partida e na nossa opinião, teria a ver com o factor tempo: era expectável que uma criança multideficiente tivesse um horizonte de maior longevidade que um idoso. Actualmente, ocorrem situações de incapacidade funcional total num adulto jovem que, com o aumento da longevidade, pode chegar aos 90 ou mais anos.

42

Assim, analisando o CI de um idoso dependente inserido no contexto específico do núcleo familiar, também este vai desenvolver a acomodação ao construir uma relação com o meio envolvente que lhe permita manter um equilíbrio funcional, activo e dinâmico, propício à sua actividade diária. Para atingir ou manter esse equilíbrio, o CI vai encontrar rotinas diárias funcionais, de forma organizada, impondo ordem e significado às mesmas, pois “ao conceito de acomodação estão associados processos de mudança e desenvolvimento, sendo a resposta do indivíduo às exigências imediatas e constrangedoras do meio, que foram ou estão a ser assimiladas (Sprinthal e Sprinthal, 1993 in Jorge, 2007, p53).

## 5.1. A sustentabilidade das rotinas desenvolvidas

Rotinas bem estruturadas e organizadas são essenciais para manter o equilíbrio funcional de uma família ou dos seus membros. A sustentabilidade das rotinas resulta de vários factores, é uma mistura

de necessidades e valores pessoais e culturais, de pressões, recursos e obstáculos afectos ao ambiente. (Bernheimer et, al., 1995 referido por Jorge, 2007, p54).

Factores ecológicos como as actividades de subsistência, factores ligados à saúde, factores ligados à rotina familiar (Whiting & Edwards, 1988 in Jorge, idem), têm influência na estabilidade e funcionalidade das rotinas, sendo que a sustentabilidade de uma rotina é um projecto de longa duração que, ao dar resposta às necessidades que surgem, vai ao encontro de objectivos a concretizar. Também as dificuldades em gerir o tempo, as angustias, medos, tristezas, múltiplas responsabilidades (casa, família, trabalho, cuidar do idoso) são cenários que dão sentido à construção de rotinas sustentáveis. “A habilidade de sustentar um quotidiano merece reconhecimento e atenção. Sustentar uma rotina é um projecto de longo termo, não apenas uma mobilização temporária, uma estratégia de *coping* face ao *stress*.” (Jorge, 2007, p54).

Nem todas as rotinas têm o mesmo impacto e importância. Elas reflectem os aspectos funcionais da vida do cuidador e, por essa razão, podem sofrer alterações ao longo do tempo, de acordo com as necessidades sentidas face à evolução do contexto de “cuidar”. Por exemplo, numa situação de agravamento da dependência, as rotinas envolvidas terão que ser adaptadas às novas circunstâncias. Também a situação do cuidador poderá induzir a alteração de rotinas, se a sua disponibilidade se alterar, por algum motivo que o afecte directamente (profissional, pessoal ou outro).

43

Alterar uma rotina, influencia a acomodação existente. Essas alterações, que geram novas acomodações, podem resultar de forma inconsciente por parte do cuidador, face à percepção dos problemas e à necessidade de lhe dar resposta. Têm a finalidade objectiva de tornar mais suportável o que é preciso fazer e o que é importante ser feito, ainda que possa não o parecer para os outros membros da família e até para o idoso. Pode ocorrer que uma rotina seja considerada positiva para o cuidador e negativa para o idoso mas a acomodação é feita pelo CI. De acordo com Jorge (2007, p56), Gallimore e colegas (1996) referem que “todas as acomodações têm, presumivelmente, custos e benefícios para cada membro da família e para a família como um todo”.

Segundo Weisner et al, (2004), de acordo com Jorge (2007), há quatro factores determinantes para a sustentabilidade das rotinas:

- 1) Adequação sócio-ecológica – o cuidador deve equilibrar a sua ecologia familiar com os recursos disponíveis e com as limitações a que estão sujeitos;
- 2) Congruência e equilíbrio – o cuidador deve avaliar os interesses, inevitavelmente competitivos dos seus elementos;
- 3) Significado – o cuidador tenta organizar a sua rotina de modo pessoal, cultural e moralmente significativo;

- 4) Estabilidade/previsibilidade – mudanças constantes e sem justificação, não são compatíveis com uma rotina sustentável.

Dos estudos efectuados sobre as actividades dos CI ressalta o problema do ajustamento inicial das suas rotinas funcionais, sendo importante a sua identificação.

A partir da identificação das rotinas do CI podem ser elaboradas as várias acomodações que lhes estão subjacentes e que variam segundo as características de cada família, de cada idoso, de cada cuidador, do contexto social, económico e familiar e de outros factores que fazem com que cada situação seja diferente das demais. Cada cuidador tem uma estratégia acomodatória própria, podendo ser mais ou menos intensa e dar maior relevância às acomodações internas (no seio da família) ou externas (fora do núcleo familiar), (Weisner et al, 2004, in Jorge, 2007, p57).

Uma identificação das rotinas do cuidador familiar, permite a identificação das acomodações subjacentes, o que, por sua vez, é uma fonte de informação preciosa para a análise empírica a aplicar à família e ao CI do idoso dependente.

## CAPÍTULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

### 1. O objectivo e questões da investigação

Nos países mais desenvolvidos verifica-se actualmente um envelhecimento demográfico acentuado, que é encarado com especial preocupação aos níveis económico, social e político

Este problema tem sido sentido e observado pela investigadora, a nível pessoal e profissional, como condicionador da vida de muitos agregados familiares que procuram resposta para as necessidades surgidas com a dependência de familiares idosos, justificando que a família "é um dos apoios de base dos indivíduos em todas as sociedades" (Barata, 1976, Vol II, p9) e em todas as fases do seu ciclo de vida.

Vivenciando esta problemática, surgiram questões que poderiam ter resposta através de uma investigação no terreno. Face à situação de dependência de um idoso, a família próxima tem que encontrar resposta adequada: que fazer agora? Manter o idoso no domicílio ou institucionalizá-lo?

Quem decide e que razões levam à escolha?

45

Existem condições para apoiar no domicílio? Há um CI disponível, com capacidade física e temporal? Há retaguarda familiar para o CI, se necessário? Existe apoio formal acessível? A dependência terá duração suportável para o CI?

Na existência de dificuldades em assumir o apoio domiciliário, há alternativa viável? Existe instituição que responda adequadamente às necessidades do dependente, com mensalidade comportável para o rendimento familiar?

Se a opção for institucionalizar, que razões conduzem a essa opção? Há indisponibilidade familiar para cuidar? Há limite de condições físicas e psicológicas por parte do CI? Há ausência de apoio formal suficiente?

Quais as representações associadas ao cuidado formal?

Esta investigação será um estudo exploratório que pretende atingir dois objectivos:

1. Analisar os processos de tomada de decisão e de acomodação das famílias cuidadoras de idosos dependentes, através:

- 1.1. Da identificação de factores condicionantes da tomada de decisão sobre o que fazer naquele contexto específico: manter o idoso em casa, ou institucionalizá-lo;
  - 1.2. Da identificação dos factores que mais impacto provocam na vida familiar, face à situação de dependência do idoso;
  - 1.3. Da identificação das acomodações feitas nos vários domínios das rotinas diárias do CI, quer na situação de apoio directo domiciliário quer na situação de institucionalização.
2. Face à problemática do envelhecimento demográfico e suas consequências, contribuir para uma reflexão empiricamente fundamentada acerca de programas e iniciativas de Política Social para idosos dependentes e famílias cuidadoras, incentivando a sua permanência no domicílio, ou proporcionando resposta adequada à necessidade de institucionalizar.

## 2. Descrição da metodologia utilizada e sua justificação

Face às características do estudo e porque o tema da acomodação familiar em famílias com idosos dependentes tem sido pouco investigado, o que dificulta um enquadramento teórico consistente e aprofundado, foi efectuado um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que permitisse aprofundar o tema na sua perspectiva social e familiar.

A investigação iniciou-se com uma pesquisa documental alargada, que permitisse fundamentar as teorias existentes e a importância deste trabalho.

Desenhado o enquadramento teórico, elaborou-se um guião de entrevista, a partir das questões suscitadas como válidas, para suporte de recolha de dados.

Relativamente à recolha de dados, optou-se por efectuar entrevistas directas, que possibilitassem recolher a informação no terreno, captando assim a realidade de uma forma global e holística, ao dar a palavra aos intervenientes na acção que, inseridos no seu próprio contexto, podem assim transmitir a sua visão do problema. “Só é possível perceber os acontecimentos quando os colocamos no meio em que eles acontecem pelo que é o contexto que dá inteligibilidade à comunicação.” (Alarcão, 2000, p342).

Para captar a singularidade das respostas, as entrevistas foram efectuadas pela investigadora, através de perguntas abertas que permitiram respostas espontâneas, transmissoras de informação relacionada com factos concretos, mas também sentimentos e emoções. “O modo como é gerido o acesso à informação necessária à pesquisa, influencia frequente e substancialmente a quantidade e a qualidade dos dados obtidos e, portanto, o próprio êxito da investigação social”, (Moreira, 1994,

p64). Ser a própria investigadora a conduzir a entrevista permitiu igualmente adequar as perguntas ao fluir da conversa, descontraindo e criando à-vontade no entrevistado.

A escolha da amostra resultou de forma aleatória, aplicada a uma população detentora das características previamente definidas e em número que permitisse recolher informação suficiente para fundamentar o “corpus” da investigação mas, tendo que ter em conta a disponibilidade temporal da investigadora. É uma amostra típica, não probabilística e intencional.

A recolha de dados efectuou-se com registo áudio, previamente autorizado.

O tratamento dos dados recolhidos, tendo em conta que o objectivo era captar informação pormenorizada sobre situações concretas, foi feito com análise qualitativa de conteúdo, pois esta “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” (Quivy, 1992, p225). A mesma foi suportada por grelhas de categorias e subcategorias definidas de acordo com o objecto de estudo, de forma a permitir interpretá-los à luz dos conhecimentos teóricos existentes.

### **3. Procedimentos utilizados na recolha de dados**

#### **3.1. Instrumentos de recolha de dados**

##### **3.1.1. A entrevista: justificação e preparação da mesma**

Para a recolha de dados considerou-se que a técnica mais aconselhável teria que permitir alguma liberdade aos inquiridos, para que o investigador pudesse apreender profundamente a realidade social das suas vivências enquanto cuidadores de familiares dependentes. Nesse sentido, decidiu-se que seria o investigador a efectuar as entrevistas pois, segundo a definição de Bingham e Moore em 1924 “A entrevista é uma conversa com um objectivo” (Ghiglione, 1997, p65) e, no caso presente, permitiria o contacto directo com a realidade de cada família e a recolha de dados fidedignos que “se forem obtidos directamente pelo analista ou pela sua organização, (...) dizem-se primários” (Guimarães, 1997, p7). Ainda, “As entrevistas, sobretudo aquelas que forem efectuadas directamente, permitem colocar questões mais complexas” (Guimarães, 1997, p10).

Para a realização da entrevista, foi excluída a técnica do questionário, que implica a formulação antecipada de perguntas rígidas. Também a entrevista não directiva nos pareceu não aconselhada, por ser demasiado aberta e “no decurso da qual propomos um tema que a pessoa desenvolve à sua vontade, limitando-se as intervenções do entrevistador a insistências ou encorajamentos, sem acrescentar qualquer informação ou nova orientação” (Ghiglione, 1997, p63).



Face aos objectivos e tipologia da investigação, como instrumento de recolha de dados, optou-se pela entrevista semi-estruturada (ou semi-directiva), considerando que nesta técnica “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (Ghiglione, 1997, p64). Importa referir que a colocação de questões relativamente abertas permite ao entrevistado responder de forma espontânea e livremente, transmitindo a profundidade dos dados fornecidos, ao respeitar “os próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais” (Quivy, 1992, p195) aspecto importante em investigações de cariz exploratório, para as quais (Lazarsfeld (1944) in Foddy, 1996, p142) advoga que “as perguntas abertas devem ser utilizadas na fase inicial da investigação”, por permitirem levantar questões mais gerais, que poderão ser mais e melhor aprofundadas em investigações posteriores.

Pela minha experiência profissional, no contacto directo com famílias cuidadoras de idosos, identifiquei algumas questões que seria relevante investigar.

Através da pesquisa bibliográfica, em dois estudos efectuados para validar escalas de avaliação dos cuidados prestados por cuidadores informais a dependentes funcionais, encontrei outros temas com interesse.

Um dos estudos (Martín,Paul & Roncon, 2000), destinou-se a testar a Escala de Avaliação de Cuidado Informal (Lawton et all, 1989) que é referida num trabalho de (Orbell e Cols. (1993), in (Martín, 2000, p4) como a melhor, ao fazer a avaliação do impacto no cuidador tendo em conta dois vectores: um negativo (a sobrecarga) e um positivo (a gratificação). Referenciando Orbell, “Lawton contribuiu significativamente para uma abordagem mais sistemática do cuidado, essencialmente ao conceptualizá-lo tanto de uma perspectiva negativa como positiva” (Martín, Idem), o que é essencial quando se pretende avaliar o cuidado prestado de uma forma integrada e global, face às diferentes perspectivas e contexto.

O outro estudo, (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003), teve o objectivo de validar o Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais” e foi aplicado a doentes dependentes funcionalmente por sequelas de AVC. Para justificar o estudo, estes investigadores argumentaram a ausência de instrumentos válidos para medir o stress causado nas famílias cuidadoras.

A insuficiência de material previamente validado para a investigação neste domínio deixa em aberto uma justificação teórica devidamente fundamentada para a elaboração do Guião de Entrevista que foi aplicado neste estudo. O mesmo resultou da reunião de dados recolhidos através da experiência profissional da investigadora e da adaptação para entrevista de algumas questões consideradas relevantes e constantes nos dois inquéritos aplicados nos estudos atrás referidos. Foi elaborada uma grelha com as questões consideradas essenciais, tendo em conta que “O trabalho do investigador

consiste em procurar continuamente semelhanças e diferenças, agrupamentos, modelos e aspectos significativos.” (Bell, 1997, p160).

Pretendendo-se que o Guião de Entrevista (**Anexos n.º 1 e n.º 2**) resultasse num esquema orientador e num suporte essencial para que nenhuma questão importante fosse esquecida, seguindo o exemplo referido por Vala e utilizado por McClelland (1961) e por Bales (1950), em que o investigador pode optar por categorias definidas *à priori* “se a interacção entre o quadro teórico de partida do analista, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipóteses permitem a formulação de um sistema de categorias e o que lhe importa é a detecção da presença ou da ausência dessas categorias no corpus” (Vala 1987, p111), projectou-se um conjunto de categorias para pesquisa, sendo que “As categorias são o elemento chave do analista. Hogenraad (1984) define uma categoria como um certo número de sinais de linguagem que representam uma variável na teoria do analista” (Idem, p110).

Foram definidos os domínios de inquirição - alguns de tronco comum e outros diferenciados para as situações de AD e de Institucionalização - com as perguntas chave a efectuar, que funcionaram como tópicos, mas sem ordem obrigatória de questionamento, deixando liberdade ao investigador para formular as mesmas, na altura adequada, porque “as perguntas devem ser colocadas em termos que viabilizem a produção de respostas completas e adequadas, face ao que se procura” (Foddy, 1996, p154). Igualmente importante é o facto de perguntas abertas permitirem ao entrevistador “auxiliar os inquiridos encorajando respostas mais específicas, mais completas ou questionando eventuais contradições” (Foddy, 1996 p 150, citando Zeisel, 1985, 205).

### 3.1.2. A gravação áudio

Para registo da entrevista, foi utilizado o suporte áudio. A gravação permite registar com fiabilidade todas as informações prestadas, ao mesmo tempo que disponibiliza o investigador para prestar atenção ao entrevistado, seguindo a sua linha de pensamento, sem interrupções resultantes do registo manual. Permite ainda observar as reacções que surgem no decorrer da entrevista, as pausas, as emoções, os sentimentos que vêm ao cimo, ao relatar passagens das suas vivências, tristes ou alegres, felizes ou sofridas. O olhar atento do entrevistador pode captar e reproduzir posteriormente esses pormenores, ao transcrever a entrevista.

## 3.2. Procedimentos na recolha de dados

Para garantir a colaboração dos inquiridos, foi efectuado um contacto prévio, explicitando o objectivo da entrevista porque “o modo como é gerido o acesso à informação necessária à pesquisa, influência frequente e substancialmente a quantidade e a qualidade dos dados obtidos e, portanto, o próprio êxito da investigação social” (Moreira, 1994, p64).

A entrevista decorreu em casa do CI, ambiente propício à desinibição e à observação atenta do investigador sobre o espaço e ambiente familiar.

Antes da entrevista e após identificação da investigadora e do ISCSP foi explicado, de forma clara, em que consistia e a finalidade da investigação, no sentido de estimular a cooperação e desinibir o entrevistado. Foi referido o tempo previsto para a entrevista e garantida a confidencialidade dos dados pessoais, de forma a mostrar a finalidade exclusivamente científica do trabalho porque “a investigação social é frequentemente controversa e suscita problemas éticos que precisam ser analisados com cuidado” (Moreira, 1994, p65).

A recepção foi acolhedora, não tendo sido demonstrada preocupação com a confidencialidade, ou desconfiança face à situação.

A gravação áudio da entrevista foi previamente autorizada.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Abril e Junho de 2008.

## **4. O universo e a amostra dos sujeitos**

50

### **4.1. Critérios de base**

Definidas as questões a investigar, havia que identificar a população alvo, que deveria conter os seguintes indicadores:

- O CI teria que estar na fase do ciclo de vida de adultez tardia;
- O agregado familiar teria que ter pelo menos um elemento idoso em situação de dependência;

Existindo duas situações a analisar – o apoio domiciliar e a institucionalização – teriam que se verificar mais dois indicadores na população alvo:

- O idoso dependente teria que receber o apoio do CI no domicílio, para as situações de “AD”;
- O idoso dependente teria que ter o apoio do CI estando institucionalizado, para as situações de “Lar”;

Em todas as situações, o CI principal teria que aceitar participar na investigação.

## 4.2. Indicadores para a amostra

Definidos os parâmetros do universo, procedeu-se à escolha da amostra, salvaguardando a obrigatoriedade de manter as características da população que se pretendia investigar.

A selecção da amostra foi feita de forma intencional, sistema preferível se, tal como refere Moreira (1994, p82), “o objectivo é:

- a) Exploração e desenvolvimento de teoria;
- b) Desenvolvimento e comprovação de instrumento de pesquisa;
- c) Selecção de um pequeno numero de unidades de primeira fase”.

É uma amostra que se pretende teórica, porque “a amostragem teórica impele o investigador a coligir, codificar, analisar e testar hipóteses durante o processo de amostragem” (idem).

É igualmente uma amostra de conveniência não probabilística porque é o modelo mais indicado “numa fase exploratória do processo de investigação, quando o investigador quer averiguar se um problema é ou não relevante” (Carmo, 1998, p200) e que melhor serve os objectivos deste estudo, ao integrar os indicadores necessários mas em que não é necessária representatividade face ao universo, porque os resultados obtidos não serão extrapolados para a totalidade da população.

51

Para este estudo exploratório, em que o objectivo é fazer o reconhecimento da realidade acomodática dos CI e suscitar hipóteses de entendimento da mesma, considerou-se que dez situações formariam um grupo adequado, sendo cinco para AD e cinco para Lar.

A zona geográfica para realização das entrevistas foi definida tendo em conta as limitações temporais da investigadora. Foi escolhida a zona da Amadora para efectuar as entrevistas na situação de apoio domiciliário e a zona de Borba, onde tem raízes familiares que facilitariam o contacto prévio, para a situação de idosos institucionalizados.

Para seleccionar as famílias que seriam objecto de investigação:

- a) - Na situação de AD, foi solicitada a colaboração das enfermeiras do Centro de Saúde da Venda Nova, ligadas aos cuidados paliativos;
- b) – Na situação de institucionalização, foi solicitada a colaboração da Assistente Social do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Borba, único naquela zona geográfica.

Em ambas as situações, o acolhimento amistoso e colaborante. Depois de esclarecidas sobre os objectivos da investigação e sobre as características necessárias das famílias a estudar, as técnicas

prontificaram-se a fazer a abordagem às famílias, solicitando-lhes autorização para fornecer os respectivos contactos à investigadora.

Dos contactos fornecidos, (6 para AD e 6 para Lar), foram seleccionados 5 para cada situação, correspondendo às 5 primeiras famílias que atenderam o telefone, quando a investigadora fez o contacto para solicitar a entrevista.

Das famílias contactadas resultou uma entrevista nula na situação de institucionalização porque, por problemas técnicos, a gravação ficou inaudível. Entre repetir a entrevista, com o consequente incómodo para a família, ou anular a mesma, optou-se por esta, considerando que, em termos de acomodações verificadas, não se vislumbraram tipologias significativamente diferentes das encontradas nas outras famílias. A análise dos dados tem assim por referencial nove situações.

### 4.3. Caracterização geral das famílias participantes

Ao efectuar o contacto com o CI recolheram-se dados que permitem caracterizar a amostra, pela identificação de algumas variáveis (**Anexo 3**).

Fazendo uma breve análise dessas variáveis temos:

#### a) Relativamente ao CI:

- a.1. Género: Todos os CI são do género feminino;
- a.2. Grupo etário: oscila entre os 49 e os 75 anos: A maior percentagem situa-se na faixa etária dos 51/65 anos com 4 situações, seguida da faixa dos 66/75 anos com 3 situações, havendo 2 com 49 anos;
- a.3. Situação profissional: verificaram-se 2 situações no activo, estando as restantes 7 na situação de aposentado;
- a.4. Relação de parentesco do CI com o dependente: a maior percentagem refere-se a “filha”, com 6 situações. Seguem-se as “esposas” com 2 situações e uma irmã;
- a.5. Relativamente ao agregado familiar, verifica-se que as famílias de 2 elementos são a maioria (5), seguido de duas com 3 elementos e duas com 4;

**b) Relativamente ao idoso dependente:**

- b.1. Grupo etário: a faixa etária predominante é a de 76-85 anos, com 4 casos, seguindo-se as de 66-75 e +85 com 2 situações cada. Verificou-se 1 situação com 63 anos;
- b.2. Situação de dependência: Todas as situações têm dependência funcional total;
- b.3. Género: Verificaram-se 6 situações género feminino e 3 género masculino.

## **5. Procedimentos utilizados na análise de dados**

### **5.1. A apresentação dos dados**

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua codificação, sendo definido que o n.º de registo antecedido das iniciais (AD) ou (L) significa uma entrevista a um CI prestador de cuidados no domicílio ou ao CI do idoso institucionalizado.

No processo de tratamento da informação recolhida, o primeiro passo foi a transcrição integral das gravações para suporte papel. Paralelamente à transcrição foi feita uma pré-análise do material recolhido. Aí começou a "tarefa paciente de desocultação" (Bardin, 1988, p9) com a leitura atenta de todos os indicadores (respostas, pausas, insistências etc.): "Os dados em estado bruto, provenientes de (...) entrevistas (...) têm de ser registados, analisados e interpretados. (...) Pedacos soltos de informação interessante não terá qualquer significado para um investigador (...) se não tiverem sido organizados por categorias" (Bell, 1997, p160).

53

Face à diversidade de respostas obtidas e consequente enriquecimento de dados, foi necessário adequar os blocos de categorias e subcategorias, constantes no guião de entrevista. Confirmaram-se os exemplos desta estratégia, utilizados nos estudos de Herzlich (1969) e Herzberg et al. (1959), referidos por Vala (1987, p112): "as referências teóricas do investigador orientam a primeira exploração do material, mas este, por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento das hipóteses e das problemáticas a estudar".

### **5.2. Critérios de identificação e classificação**

Para identificar as "acomodações" detectadas na análise de conteúdo, consideraremos as mesmas como *"qualquer resposta funcional ou ajuste do CI às adequações das rotinas diárias resultantes das necessidades decorrentes da dependência funcional do idoso"*.

Através da investigação empírica efectuada, apenas identificámos a aplicação da teoria da acomodação em famílias com filhos multideficientes (Jorge, 2007). Daqui resultou que, face ao papel específico de cada cuidador, fosse possível transpor para esta investigação apenas algumas categorias de acomodações.

Após a leitura da transcrição das entrevistas, verificou-se a necessidade de adequar algumas das acomodações inicialmente definidas e acrescentar outras. Desta reorganização, resultou a elaboração de grelhas de análise de conteúdo (**Anexos 4/AD e 5/Lar**), que permitiriam identificar os diversos tipos de acomodação existentes. “A classificação, a categorização, é uma tarefa que realizamos (...) com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido. A prática da análise de conteúdo baseia-se nesta elementar operação” (Vala, 1987, p110).

Esta fase foi das mais delicadas porque “o sucesso de uma tese dependerá do modo como se analisarem os dados qualitativos (...) posto o problema noutros termos, a principal tarefa consistirá em categorizar os dados de que se dispõe, por forma a estabelecer relações que expliquem os acontecimentos visados na tese” (Moreira, 1994, p103).

Deste entendimento resultou a elaboração das acomodações identificadas nos Anexos n.º 8/AD e 9/Lar, tendo-se constatado a existência de maior número e diversidade na situação de AD, relativamente à Institucionalização, decorrentes do maior envolvimento do CI e dos cuidados prestados.

54

Relativamente ao CI, será também avaliada a sua perspectiva:

- **Na dimensão objectiva do processo decisório** quanto aos cuidados a prestar ao idoso dependente (**Anexo n.º 8**) e
- **Na dimensão subjectiva do processo de prestação de cuidados (Anexo n.º 9)**, em três Blocos de Categorias:
  - A. Dimensão da tomada de decisão;
  - B. Dimensão das acomodações verificadas;
  - C. Dimensão das representações da velhice e futuro dos idosos.

A identificação das unidades de registo será feita através da sigla AD e L, seguidas do nº da entrevista (AD1, por exemplo).

## CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS

Neste capítulo apresentam-se e interpretam-se os dados recolhidos e tratados à luz do enquadramento teórico e dos objectivos propostos. Começa pela apresentação individual do cuidador e rede familiar, seguindo-se a apresentação do resultado das entrevistas, nas suas dimensões objectivas e subjectiva.

### 1. Apresentação do CI e rede familiar no quadro da dependência do idoso

No sentido de permitir uma identificação individual e uma análise global uniforme, a apresentação será feita em dois grupos caracterizadores de cada família, sendo estas ordenadas de um a nove.

#### ❖ 1. Família AD1

##### 1.1. Constituição e características do agregado familiar

Esta família é constituída pelo casal, ele com 74 anos e ela 67. A esposa (CI) já estava reformada quando o marido ficou dependente. Tinha outra actividade remunerada, que deixou para apoiá-lo.

São ambos divorciados dum primeiro casamento, não tendo filhos comuns. Ele tem uma filha a residir em Itália, com quem mantém contactos esporádicos. Ela tem um filho casado e dois netos, que se afastaram, com quem fala quase exclusivamente ao telefone, desde que o marido acamou.

##### 1.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

O filho da CI foi-se afastando à medida que a dependência se acentuava, dizendo que não suporta o padrasto naquela situação pois quer guardar dele uma imagem positiva. À alternativa de visitar a mãe e não ir ao quarto, responde que não, que ele (doente) *não é nenhum bicho para não poder ser visitado*. Simplesmente não é capaz de o encarar. Se a mãe os quiser ver (a ele e aos netos), terá que visitá-los. A CI, apesar de assumir a responsabilidade pelos cuidados a prestar ao marido, sente-se sozinha e frequentemente deprimida, pela sobrecarga daí resultante, pelo isolamento familiar e social e pela prisão domiciliária. (diz estar “*presa, sem fazer mal a ninguém*”). Tem visitas pontuais de familiares e amigos, cada vez mais escassas, pelo desagrado visual da degradação física e psicológica do doente. A situação exposta reflecte a trajectória de uma família desestruturada, em que o CI se debate entre a responsabilidade moral de cuidar e a incerteza de aguentar a sobrecarga física e psicológica que carrega (quase) sozinha. Sente que devia haver mais apoio nestas situações, que permitisse melhores respostas às necessidades do doente e das famílias.



## ❖ 2. Família AD2

### 2.1. Constituição e características do agregado e rede familiar

Trata-se de um casal aposentado, o doente com 63 anos e esposa/CI, de 60. Têm dois filhos, um com agregado familiar constituído e com filhos, a residir no centro do país e outro, solteiro, vivendo próximo dos pais, mas sem contacto assíduo com eles.

A esposa reformara-se há cerca de um mês quando o marido ficou em situação de dependência total e definitiva. Foi auxiliar de acção médica, o que representa uma mais-valia para os cuidados que presta ao marido.

### 2.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

Na perspectiva da esposa, esta família foi prematuramente afastada da rede familiar, pela situação repentina de grande dependência do cônjuge. Para ela, foi um choque psicológico enorme. Sente-se desapojada pelos filhos que, incapazes de aceitar a situação do pai, optaram, de uma forma cómoda e *egoísta*, por se afastar, desvalorizando o quanto isso magoa a mãe, pelo desapoio e saudade que provoca. Conta com o apoio precioso de uma cunhada que, quinzenalmente, passa o fim-de-semana com eles, permitindo-lhe “*recarregar baterias*”.

Mais que sobrecarga física, sentiu-se nesta CI uma sobrecarga psicológica, implícita na revolta com a vida, traduzida pela circunstância de se sentir antecipadamente “*presa*” em casa, numa acomodação familiar difícil de suportar, acrescida pelo afastamento dos filhos e netos. Mas, paralelamente, há um conformismo resultante da assumpção do seu papel de esposa, quando afirma: “*A gente diz que quando casa é para o bem e para o mal e ele faria o mesmo, se fosse eu a precisar*”. Sente uma responsabilidade muito grande pelo bem-estar do marido, sendo ele a prioridade no dia-a-dia.

56

## ❖ 3. Família AD3

### 3.1. Constituição e características do agregado familiar

Este agregado familiar é constituído pela idosa dependente, viúva, 92 anos e pela filha/CI, 63 anos, reformada, que levou a mãe para junto de si, quando ficou viúva há 12 anos.

A CI já cuidara do marido, prematuramente falecido por doença galopante, o que a sensibilizou e predispôs a cuidar da mãe, quando ela precisasse.

### 3.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A rede familiar da CI é composta por duas filhas e por um irmão, com agregados familiares constituídos, que visitam pontualmente mas que não apoiam nos cuidados à idosa.

A origem familiar é provinciana, sendo lá que ambas se sentem bem. Passavam o inverno na cidade, pelo clima mais ameno, e o verão na aldeia, onde têm rede familiar, vizinhos e amigos, com quem conviviam e trocavam bens e serviços. A mãe, quando chegava a Lisboa, dizia que “*entrava na gaiola*”. O facto de ser filha, viúva, residir sozinha e ter a mãe com ela há muitos anos, desresponsabilizou o irmão face à mãe: “*tudo da mãe és tu que decides*”, diz.

Assumi o papel de CI de forma quase impercebível, sentindo hoje que a sua vida pessoal ficou muito presa e condicionada, particularmente pela impossibilidade de acompanhar o nascimento e crescimento dos netos, face à prioridade de cuidar da mãe, que ela própria estabeleceu. Apesar de tudo, sente-se bem no seu papel de filha cuidadora crendo que as filhas entendem, porque a avó precisa mais dela do que elas. Para esta filha, tratar da mãe “*é um acto de amor, só com muito amor é que se consegue*”.

#### ❖ 4. Família AD4

##### 4.1. Constituição e características do agregado familiar

Esta família é constituída pelo idoso dependente (viúvo, 85 anos) e pela filha, (solteira, 49), activa profissionalmente, residindo com o pai para este não ficar sozinho, após o falecimento da mãe.

##### 4.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A mãe, cuidadora principal do pai, ficou gravemente doente de forma repentina, vindo a falecer em Julho do ano passado. Foi um choque acrescido para a CI, que denota um cansaço muito grande e fragilidade emocional, evidenciados ao longo da entrevista. A sobrecarga física e psicológica resultante de ter tido os dois totalmente dependentes (acamados) é ainda perceptível, assim como as sequelas de não ter conseguido deixar a mãe falecer em casa, como era o seu desejo. Tem a sua vida pessoal e profissional fortemente condicionada pelo apoio que dá ao pai e pelos afazeres internos e externos da família. Tem uma empregada diurna para apoiar o pai e um tio que apoia diariamente. Tem irmãos no estrangeiro, que só apoiam psicologicamente.

Para esta filha, apesar do cansaço que representa, cuidar dos pais é um dever e uma bênção, porque eles lhe deram a vida. E: “*foi uma coisa que sempre quis fazer, tendo crescido imenso como pessoa*”, disse.

#### ❖ 5. Família AD5

##### 5.1. Constituição e características do agregado familiar

Neste agregado familiar há três adultos aposentados: filha/CI (66 anos), cônjuge (69) e idosa dependente, casada, (91 anos).

##### 5.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A responsabilidade desta CI resultou de um acordo com um irmão: a mãe ficaria com ela, porque ser mais competente para apoiá-la e o pai, ainda relativamente autónomo (90 anos), ficaria com ele, na sua casa. A CI tem filha e netos, que convivem e apoiam, formando uma rede coesa e funcional. Cuidar da idosa faz parte da responsabilidade familiar que é assumida e aceite, apesar da sobrecarga: “*nunca a punha num lar*”, disse a CI. Existe outro filho, desvinculado da responsabilidade face aos pais, que não colabora, por afastamento tácito de longos anos.

## ❖ 6. Família L1

### 6.1. Constituição e características do agregado e rede familiar

Esta família é constituída pela filha (CI, 53 anos) e genro (56 anos) da idosa dependente (81 anos), reformados e um neto (27 anos), que trabalha. A CI sempre viveu na casa dos pais, ocorrendo a separação de forma traumatizante para esta, pela institucionalização deles.

### 6.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A CI apresenta um quadro de fragilidade psíquica, agravado pela situação de dependência física e psíquica da mãe, enquanto em casa e agora já institucionalizada (*porque eu estava quase louca*, disse). O marido também doente (oncologia), o filho a trabalhar, uma filha ausente e apoio formal institucional, não disponibilizaram ajuda suficiente para manter a situação no domicílio. Os idosos tiveram que ser internados há três anos atrás, no lar da SCMisericórdia, quando se tornou impossível a permanência no domicílio, face à doença da mãe (Alzheimer). O pai faleceu há um mês, por doença oncológica galopante e a mãe está acamada há dois anos.

As visitas à mãe são desaconselhadas pelo médico, pelo sofrimento psicológico que provocam, mas representam uma necessidade para a filha, pela envolvência que as unia. O apoio do marido e filhos não a aliviam mentalmente.

## ❖ 7. Família L2

### 7.1. Constituição e características do agregado familiar

A doente, reformada, 69 anos, residia com um irmão idoso. Mudou-se para casa da filha/CI, de 49 anos, quando perdeu a autonomia. A CI é casada, tem duas filhas gémeas, estando uma com os pais e a outra não. Todos são activos profissionalmente.

### 7.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A CI trabalha com o marido, sem horário fixo, o que dificultava a assistência à mãe, apesar desta estar em Centro de Dia. Com o agravamento da dependência, a situação ficou impossível de gerir, pois a CI não tinha força física para a movimentar e cuidar. A institucionalização da mãe foi a solução para o problema. Face à não-aceitação do facto pela idosa, a filha tenta compensá-la, visitando-a sempre que pode.

## ❖ 8. Família L3

### 8.1. Constituição e características do agregado e rede familiar

A filha/CI, pessoa alegre, comunicativa e acolhedora, atendeu-nos no terraço da casa, a nosso pedido, face à paisagem deslumbrante que se avistava do mesmo, numa extensa área coberta de vários matizes alentejanos, próprios da primavera.

Face ao espaço, ao ar puro e bucólico circundante e aparente boa condição física da filha, o nosso primeiro pensamento foi “como é que esta filha, não tem aqui a mãe com ela?” A explicação surgiria ao longo da entrevista.

Esta família é composta pela CI, aposentada, 56 anos, pelo marido, 57, ainda activo profissionalmente e pela mãe, idosa dependente, viúva, 85 anos. Esta sofreu AVC há cinco anos, que provocou uma situação de dependência definitiva, com sequelas motoras.

## 8.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A rede familiar é alargada, composta por seis irmãos, que partilham a responsabilidade familiar. Porque cinco deles exercem actividade profissional, só esta filha, já aposentada, poderia assumir o compromisso de apoiar a mãe, o que ainda fez durante 2 meses. Passado esse tempo, por indicação médica e por prejudicar seriamente a sua própria condição física (oito intervenções cirúrgicas a que já foi submetida, duas das quais do foro oncológico, em período de vigilância actualmente), não deveria continuar a fazê-lo. Em reunião familiar os irmãos decidiram-se pela institucionalização, sem a aprovação da idosa, que desejava ficar com a filha. Essa mágoa mantém-se, na opinião da filha, que revela tristeza pela situação, apesar do alívio por sabê-la bem cuidada e por poder visitá-la e mimá-la frequentemente.

## ❖ 9. Família L4

### 9.1. Constituição e características do agregado familiar

A CI é irmã do dependente, viúva, reformada, tem 75 anos e sempre residiram juntos, na casa que era dos pais, até ao internamento do idoso.

### 9.2. Envolvência da rede familiar no quadro da dependência do idoso

A CI tem uma longa história de “cuidar”: cuidou dos pais, do marido e de uma irmã, que fazia parte do agregado familiar, falecida há 9 anos. Cuidou do irmão em casa, desde os primeiros sintomas da doença (Alzheimer) até à institucionalização há 1 ano atrás. Foram dezasseis anos de apoio, sendo os últimos muitos difíceis, pela dependência física e psicológica do irmão e pela dificuldade em “lidar” com a situação, especialmente quando começou a fazer-lhe a higiene íntima, que lhe causava pudor (“os primeiros banhos, custou-me muito, ê penei muito!”). Existe uma rede familiar alargada com vários irmãos, que se preocupam mas que não assumem qualquer responsabilidade, delegando esse papel na irmã, que diz: “*Porque os mês irmões, cada um está nas suas casas e é homem não é?*”. A CI tem um filho que sempre apoiou, apesar de residir noutra localidade. Actualmente, todos visitam o idoso mas a irmã continua a ser a principal preocupada em proporcionar-lhe alguns cuidados pessoais e em “vigiar” continuamente o seu bem-estar.

## 2. Análise da dimensão objectiva do processo decisório quanto aos cuidados a prestar ao idoso

Ser cuidador informal de um familiar idoso dependente é uma actividade que mexe com o dia-a-dia dessa pessoa, de uma forma global e envolvente, retirando-lhe, em períodos mais ou menos longos, a sua individualidade, privacidade e autonomia. A sua vida pessoal e familiar é afectada, as suas relações sociais são condicionadas e reduzidas ao mínimo ou totalmente excluídas. Existe um esforço permanente de adequação e de sublimação dos seus interesses pessoais, em favor do outro.

Ter alguém a seu cargo nestas circunstâncias preenche todos os momentos do CI, directa ou indirectamente, seja na prestação objectiva de cuidados ou na preocupação permanente com a situação (o que já foi feito, o que falta fazer, como fazer, quando fazer, se está bem cuidado(a), se a situação se vai agravar, etc., etc. ...). Onde esteja ou para onde vá, a preocupação existe. O CI abdica de parte da sua vida, esquecendo por vezes os seus limites, numa tentativa de fazer sempre mais e melhor, esquecendo-se de si próprio e de ser reconhecido. Como afirma Brito, (2002, p 31 referenciando Brown e Stetz, 1999) “A prestação de cuidados requer um esforço cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado”

Esta situação é mais evidente no caso de apoio no domicílio, em que o cuidado é prestado 24 sobre 24 horas e em que não sobra tempo para relaxar, esquecer os problemas e tão pouco para recarregar baterias. O apoio prestado revela-se como um processo dinâmico, todos os dias repensado e reavaliado, em função de aspectos como a evolução do grau de dependência do idoso, das suas necessidades emergentes, do contexto familiar, das redes de apoio existentes e da predisposição e capacidade do cuidador, ou seja e “fundamentalmente de como o prestador de cuidados percebe todos esses factores” (Brito, 2002, p 31, referindo Nolan *et al*, 1996 e Paúl, 1997).

Nas situações de institucionalização o CI fica mais liberto dos cuidados directos prestados ao familiar mas continua expectante relativamente ao seu bem-estar físico e psíquico, não se desresponsabilizando do seu papel de familiar cuidador.

Neste ponto do capítulo serão avaliados o início e o motivo da situação de dependência, para identificar o impacto destes factores na decisão tomada. Confrontado com a necessidade de encontrar resposta para a situação, pretende-se ainda apurar que razões levaram o CI a tomar a decisão sobre o tipo de apoio a prestar (AD ou Lar), (Anexo n.º 10).

### 2.1. Início da prestação de cuidados e quadro clínico que originou a dependência

O início da prestação de cuidados geralmente ocorre por duas vias (Le Bris, p 77): um acontecimento súbito que origina a necessidade imediata ou um sucedâneo de pequenas ocorrências que vão levando à necessidade de apoio, de uma forma quase subtil e progressiva. Nesta segunda circunstância, não é fácil identificar a data de início da prestação de cuidados: o CI vai sendo lentamente envolvido, sem se aperceber conscientemente de que está a prestar cuidados que já saem da rotina familiar a que estava habituado. Esta situação ocorre com grande frequência entre cônjuges e entre familiares directos (filhos/pais) que coabitam.

Pode ainda ocorrer uma situação intermédia, resultante de um acontecimento súbito que interrompa uma necessidade de cuidados, ainda camuflada, transformando-a em situação de dependência total e definitiva. Verificámos esta situação em todas as famílias que prestam cuidados no domicílio:

- **AD1:** Após alguns anos com pequenas limitações, em Agosto de 2007 o cônjuge sofreu AVC que o deixou dependente do apoio da esposa. Em Dezembro de 2007 e Janeiro de 2008, a dependência agravou-se tornando-se total e definitiva, com um quadro clínico de Alzheimer e Parkinson;
- **AD2:** O cônjuge iniciou uma perda lenta de faculdades mentais. Há três anos a situação tornou-se grave com diagnóstico Parkinson e Alzheimer. Há um ano acamou definitivamente. Está com escassos momentos de lucidez, quase afásico, numa situação de dependência absoluta;
- **AD3:** Residindo com a filha há 12 anos, foi perdendo algumas faculdades motoras que motivaram uma progressiva necessidade de apoio. Em Março de 2008 sofreu AVC tendo tido alta hospitalar acamada, afásica e escariada, numa situação de dependência total;
- **AD4:** Com um quadro inicial de Parkinson, foi perdendo e camuflando “para não incomodar” (palavras da filha/CI), as capacidades físicas. A fragilidade e dependência aumentaram, tendo acamado definitivamente há 5 anos. Segundo a filha, decidir cuidar “*Foi uma situação que evoluiu, não foi repentina, não houve propriamente um momento de decisão*”;
- **AD5:** Os cuidados prestados pela filha CI foram surgindo, num acompanhamento da perda de faculdades inerentes à idade (91 anos). Era um apoio nas AIVD, sem cuidados de carácter pessoal. Em Fevereiro de 2008, por isquémia aguda, ocorreu amputação de um membro inferior, que provocou dependência total do apoio de outrem.

**Nas situações de institucionalização**, a decisão decorreu:

**a)** Da incapacidade física e psíquica do CI para cuidar a tempo inteiro (L1 e L4):

- **L1:** Há cerca de 4 anos, surgiram sintomas graves da doença (Alzheimer). Depois de seis meses de evolução negativa muito rápida, foi institucionalizada há 3 anos, por incapacidade absoluta da CI prestar a assistência necessária;
- **L4:** Por doença de Alzheimer, depois de 13 anos de apoio no domicílio, foi institucionalizado há 3 anos, por incapacidade física e psíquica da CI.

**b)** Da indisponibilidade da rede familiar para cuidar e do CI não ter condições físicas e psíquicas para assumir todo o cuidado:

- **L3:** AVC há cinco anos e 11 meses, que originou uma dependência definitiva. A decisão de institucionalizar foi tomada quando a CI deixou de ter condições de saúde que lhe permitissem cuidar da mãe a tempo inteiro e a longo prazo;

**c)** Da prestação do apoio no domicílio ser incompatível com a actividade profissional da CI:

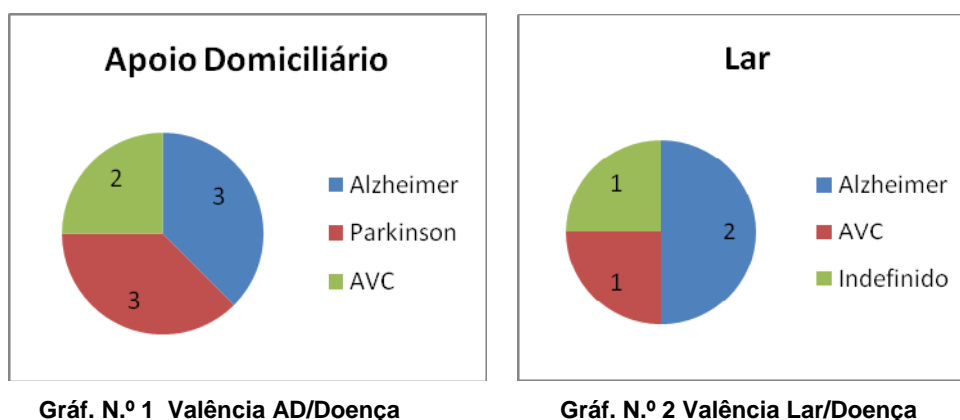
- **L2:** Há três anos começou a ter problemas de equilíbrio. A filha/CI levou-a para sua casa em Abril de 2007. Em Fevereiro de 2008 foi institucionalizada por agravamento acentuado da dependência e impossibilidade da filha cuidar. Foi uma evolução progressiva e rápida de um quadro clínico não esclarecido;

Do que foi exposto conclui-se que a tomada de decisão sobre a forma de cuidar na situação actual, resultou de factos concretos e objectivos, com uma ocorrência identificada como motivo principal, apesar de nalguns casos já existir uma situação de apoio, diluído na responsabilidade familiar de cuidar do outro.

A decisão de ser cuidador informal foi assim assumida de forma consciente, embora não se possa afirmar ter sido totalmente voluntária: Resultou da força das circunstâncias e do envolvimento e responsabilidade familiar. O familiar envolvido dificilmente poderia optar por outra alternativa.

Considerando que a origem da dependência (quadro clínico), a sua evolução e prognóstico futuro tem um peso significativo na tomada de decisão, revela-se importante referir que a demência é a doença que surge com maior incidência nas situações identificadas (60% na situação AD e 50% na situação Lar), sendo paralelamente a que provoca maior sobrecarga física e psicológica no CI. Importa ainda referir que as três situações de Alzheimer identificadas em AD estão associadas à doença de Parkinson, tornando a dependência mais pesada, pelas limitações físicas inerentes a esta doença.

Graficamente, as situações analisadas dão-nos o seguinte quadro:



## 2.2. Decisão sobre o tipo de apoio a prestar: individual ou familiar

Nas situações analisadas verificámos que a decisão sobre o que fazer teve uma participação familiar muito significativa, sendo individual apenas quando não havia retaguarda familiar ou numa situação

(AD3), em que a responsabilidade da decisão foi delegada na CI pelo irmão, que não podia assumir esse encargo.

Sobre o momento da decisão, **na situação de apoio domiciliário**, o acompanhamento familiar já vinha do antecedente, disfarçado de apoio familiar normal. Na emergência de um facto repentino que agravou a dependência, a decisão de manter o apoio no domicílio foi imediata:

- **AD1:** *A decisão de ficar com ele em casa até ao fim foi uma decisão definitiva. Foi logo imediatamente;*
- **AD5:** *O meu irmão disse: “Olha, (...) eu fico com o pai e tu tratas da mãe”.*

A situação **AD3** resultou de uma convivência de 12 anos, entre mãe e filha. Deste envolvimento de afectos, resultou a desresponsabilização do outro filho na necessidade de cuidar:

- **AD3:** *Ela ficou comigo, o meu irmão disse-me sempre que, prontos, era eu que decidia sempre tudo.*

Assim, quando ocorreu o facto que precipitou o agravamento da dependência (AVC), a tomada de decisão de cuidar no domicílio, já havia sido amadurecida.

Também em **AD2 e AD4**, em que houve aumento progressivo da dependência, quando esta se tornou definitiva, a decisão de manter o familiar idoso no seu nicho já havia sido ponderada e assumida:

- **AD2:** *É uma responsabilidade não partilhada, é toda minha. A gente diz que quando casa é para o bem e para o mal;*
- **AD4:** *Institucionalizar foi uma hipótese que nunca pus.*

**Relativamente à situação de Institucionalização**, a tomada de decisão foi partilhada familiarmente, por consenso e quando foi concluído que era a única alternativa possível, face à situação concreta individual:

- **L3:** *Os mês irmãos disseram “Vê lá... pronto, a mãe tem que ir para um lar, tu não conseguis, e não sei quê, não sei que mais, e a mãe ...pronto, vai. Depois nós, somos 6 irmãos, pusém’sa num lar”;*
- **L4:** *Os mês irmões disseram-me logo assim “tu tens que começar a fazer os pedidos (...) tu tens que pedir, tu não podes, tu não vês que já não vás podendo dar-lhe banho, arranjá-lo”.*

## 2.3. Factores condicionantes da tomada de decisão

A tomada de decisão sobre o que fazer quando um familiar idoso fica dependente de outros para a sua sobrevivência não é, regra geral, resultado de um único factor mas de vários. Há um conjunto de circunstâncias que, de forma mais ou menos camuflada, conduzem à mesma. Têm pesos diferentes,



de acordo com a envolvimento cultural, familiar e individual. Mas, regra geral, “são os factores culturais e psicológicos que determinam se damos prioridade aos nossos próprios interesses, aos dos nossos filhos, aos dos nossos pais” (Satow, p171) ou a outros.

Ainda que não seja de forma consciente, o comportamento é assumido muito em função do que os outros (o social) possam pensar das opções que cada familiar toma face à prestação de cuidados. Mesmo nas situações em que, aparentemente, não havia outra alternativa, está subjacente uma opção cultural individual: haveria sempre outra alternativa, se a vontade do eventual CI não fosse a de assumir a cuidado.

A responsabilidade moral de cuidar dos familiares dependentes, leva a que se possa dizer que algumas mulheres têm “uma carreira de prestação de cuidados” (Le Bris, p71). De facto, há cada vez mais mulheres que cuidam de várias pessoas ao longo da vida: pai, mãe, sogros e, face às estatísticas que apontam para a maior longevidade das mulheres, provavelmente irão cuidar mais tarde do marido dependente. Encontrámos semelhanças nas situações AD3 (mãe e marido), AD4 (mãe e pai), AD5 (sogra, mãe, pontualmente pai e provavelmente marido, que já apresenta alguns sintomas preocupantes), L4 (pai, mãe, marido, irmã e irmão).

A responsabilidade, o dever, o querer cuidar, estão geralmente ligados a outros aspectos da vida em comum, aos laços familiares que se formaram e perduraram ao longo da vivência destas famílias e que, conjuntamente, interferem na decisão do CI.

Nas situações analisadas encontrámos aspectos comuns às justificações que Pimentel (2006) aponta para a assumpção da responsabilidade de cuidar e que resume em quatro princípios:

- **O princípio do dever:** aos laços familiares está subjacente a obrigatoriedade social de cuidar, a obrigação moral de prestar cuidados aos familiares dependentes; “*Obrigação, todos temos, não é? De tratar dos nossos*” **L2**;

- **O princípio da reciprocidade:** Está presente o reconhecimento pelos cuidados já prestados pelos pais aos filhos, quando estes precisaram. Agora, inverteram-se os papéis, devendo os filhos retribuir os cuidados recebidos; “*A minha mãe ajudou-me muito e eu também ajudei a minha mãe*” **L5**;

- **O princípio da afectividade:** Os afectos que ligam o cuidador ao idoso dependente justificam todos os cuidados, que seja necessário prestar-lhe, independentemente da sobrecarga que daí possa resultar; “*Ter a minha mãe comigo é uma prova de amor, só com muito amor é que se consegue*” **AD3**;

- **O princípio da piedade:** o cuidado prestado resulta da compaixão, da pena pelo sofrimento do outro; “*Eu penso, ora ele é muito novo! está com 63 anos, a ir para uma instituição? O doente sentir-se no seu próprio canto, na sua própria casa, é outro conforto*” **AD2**.

A estes princípios, porque é inerente ao ser humano ser solidário com o seu semelhante, **nós acrescentaríamos o princípio da solidariedade**, que se encontra subjacente em todos os cuidadores de familiares dependentes, a quem amam e que deles necessitam.

Na tomada de decisão sobre a institucionalização verificámos que a identificação dos factores condicionantes é mais perceptível, estando estes fortemente ligados à situação objectiva da dependência do idoso e à capacidade física do CI para continuar a cuidar. A decisão não significou uma desresponsabilização familiar mas apenas o encontro da solução alternativa, face à impossibilidade de manter o idoso no domicílio, por falência de respostas adequadas. A prova disso é que a família continua a controlar e a gerir indirectamente os cuidados prestados na Instituição.

Nas situações analisadas, verificámos a predominância dos seguintes factores:

### 1. Condição parentesco/coabitação

Na situação AD, a condição parentesco foi a razão primária para a tomada de decisão:

- **AD1:** A esposa afirmou que o marido ficaria na “sua” (dele) casa enquanto houver capacidade de resposta. “*Lar, nem pensar*”;
- **AD2:** Para a esposa é uma obrigação, é um dever... *A gente diz que quando casa é para o bem e para o mal, não é? Neste caso... Foi para o bem e agora é para o mal.* Nunca equacionou a hipótese de lar. Se for preciso, contrata mais pessoas, os filhos ajudam, mas tirá-lo da sua casa nunca;
- **AD3:** A filha afirmou que cuidar da mãe é um acto de amor e, residindo juntas há 12 anos, foi um arrastar da situação; Já ter tomado conta do marido, numa situação de doença em que, pela sua dedicação lhe duplicou o tempo de vida, tornou-a mais sensível a estas situações;

### 2. Condição dependência

O grau de dependência do idoso foi um factor de muito peso na decisão. Serviu para justificar duas situações de AD e todos os internamentos em Lar:

- **AD1:** A esposa afirmou que colocá-lo num Lar “*seria matá-lo mais rapidamente*”;
- **AD2:** A esposa disse: “*Eu acho que, se ele (...) fosse para uma instituição, estava lá um mês ou dois, ele morria*”;
- **L1:** A CI não conseguiu aguentar, física e psicologicamente, a situação de dependência dos pais idosos: “*Foram seis meses, com ela sempre a piorar, acamou... Quando saiu, teve que sair amarrada...*”
- **L2:** Estando a idosa quase paralisada, era um corpo morto, impossibilitando a filha de movimentá-la e cuidá-la;
- **L3:** A única filha disponível também é doente: “*ê não podia, os médicos não queriam assumir isso, qu’ê ficasse c’a minha mãe*”;
- **L4:** A CI (75 anos) ficou incapaz, física e mentalmente, para cuidar do irmão. “*Era muito pesado! Ê já andava aí de rastos*”.

### 3. Condição económica

Também a condição económica tem um peso significativo na tomada de decisão, sendo perceptível em quase todas as situações.

**No apoio domiciliário**, não surgindo como justificação principal, quando suscitada acabava por ser admitida como questão importante para justificar o cuidado domiciliário (**AD1, AD3, AD5**):

- **AD1:** *Particulares são muito caros e IPSS não há vaga.* Os rendimentos do agregado familiar são insuficientes para a mensalidade de uma instituição privada;
- **AD3:** *Se fosse para o lar é que a pensão não chegava;*
- **AD5:** *A pensão não dá para pagar um lar.*

**Nas situações de institucionalização**, surge como factor importante no retardamento da mesma, sendo aguardada a vaga na IPSS onde a mensalidade é suportável, quer ao abrigo do acordo com a Segurança Social (onde só é cobrada uma percentagem da pensão do idoso (**L1 e L4**) ou em regime livre, com mensalidade controlada, face aos lares lucrativos (**L2**):

- **L1:** *Porque a pensão dos dois não dava para um!*

Surgiu também como factor decisório noutra situação, mas em sentido contrário: Foi a existência de seis filhos da idosa, que permitiu pagar a mensalidade dum lar lucrativo:

- **L3:** *A gente samos 6, a contribuímos; pr'ós mês irmãos tava sempre tudo bem.*

Só uma filha não poderia assumir a despesa com o lar lucrativo, como referiu ao justificar que a entrada da sogra em lar só foi possível numa IPSS:

- **L3:** *Veja q'ê sou um filho único p'ra 'nha sogra também (...). Os mês irmãos, a gente samos 6. Ali não, é só o mê marido filho único.*

#### 4. Condição física do CI:

A condição física do CI é referida como sendo um dos factores principais para assumir o cuidado no domicílio ou para recorrer à institucionalização, quando é precária. Surge também como factor stressante para o CI, ao revelar-se uma preocupação quanto ao futuro, na continuidade da capacidade para suportar a sobrecarga:

- **AD2:** *Só se me acontecer alguma coisa e não puder, de forma alguma, dar-lhe o apoio necessário.* É uma coisa que a assusta muito, pensar que pode não aguentar a situação até ao fim;
- **AD3:** *Enquanto tiver capacidade para isso, cuido;*
- **L2:** *Foi mais pelo facto de eu não conseguir tratar já da minha mãe. Não (...) podia com ela;*

##### a. Condição saúde do CI:

- **L1:** A filha (CI) atingiu o limite da capacidade de cuidar: *"o meu psiquiatra mesmo é que me aconselhou, (...) se eu estivesse aqui com aqueles problemas, já tínhamos morrido todos, porque eu estava quase louca";*

#### 5. "Ausência de alternativa" face ao quadro de dependência do idoso:

A decisão de cuidar no domicílio ou institucionalizar nem sempre é assumida voluntariamente. Para ser voluntária, o CI teria que poder escolher entre duas ou mais opções. Caso contrário, a opção é involuntária, pois incorre de uma ausência de alternativa: não havia outra solução disponível. Aparecendo por vezes como factor secundário, foi captado o desabafo:

- **AD1:** “*Estava de férias, imediatamente, no hospital, disseram-me logo que... pronto ... não tinha solução*”. O facto de ser cônjuge e sentir a obrigação de cuidar do marido fez com que assumisse a responsabilidade de o cuidar em casa; Não teve alternativa, apesar de não gostar de estar em casa e ter que deixar de trabalhar. Agora “*sente-se presa, sem ter feito mal a ninguém*”, disse;
- **AD2:** Tem a convicção de que, se pusesse o marido num lar, ele morreria logo pois sempre demonstrou ser contra essa solução;
- **L2:** Face ao apoio formal insuficiente, com horários não coincidentes com os da CI, a idosa ficava, por vezes, em casa sem apoio: “*nos fins-de-semana, ficava aqui. Quando eu ia trabalhar, quando chegava, é que tratava dela...*”
- **L3:** Falta de meios para apoiar no domicílio (procurou apoio particular): “*Não houve ninguém*”;
- **L4:** A CI era a única mulher e “Os irmãos e as irmãs assumem papéis definidos por registos culturais que associam as mulheres ao trabalho familiar (...); o género define à partida as tarefas que cabem a cada um” (Satow, p165): “*Porque os mês irmãos, cada um está nas suas casas e é homem não é? Se fossem mulheris, talvez ... os mês irmãos também têm pena de o ver assim, compreenda lá, mas como é sou mulher, com’eu ‘tou livri*”.

Pode-se inferir que, nestes casos, a condição parentesco é fundamental para a manutenção do idoso no domicílio, ainda que à mesma estejam associadas outras condições, que revelaram a sua importância na decisão de cuidar em casa: a existência de capacidade física e psicológica por parte do CI, a condição económica e a ausência de alternativa viável.

Na situação de institucionalização, o factor preponderante foi o grau de dependência do idoso ser insustentável para a capacidade física e/ou psicológica do CI, tornando imperioso o internamento, para salvaguardar a manutenção de alguma qualidade de vida para este.

Graficamente, os factores condicionantes são:

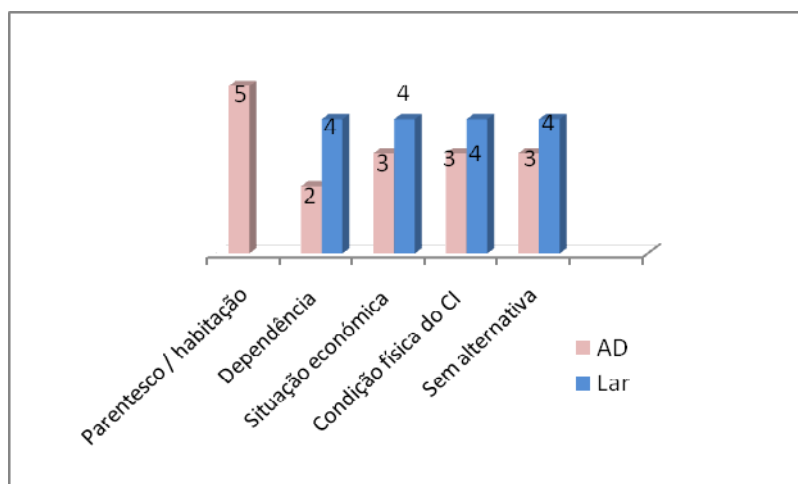


Gráfico nº. 3 - Factores condicionantes da tomada de decisão

Concluindo, sobre a dimensão objectiva do processo decisório, pode afirmar-se que o mesmo envolve os seguintes passos:

- 1) A tomada de consciência da situação objectiva da dependência, que pode surgir:
  - o De forma imediata, pela confrontação com uma situação inesperada de dependência do familiar idoso, que reclama mais e diversos cuidados de apoio, que exigem um empenhamento especial, que vai para além da convivência e responsabilidade familiar e troca usual de serviços e cuidados.
  - o De forma mediata, em que progressivamente os cuidados prestados vão aumentando de características e de frequência e em que o assumir da responsabilidade não se identifica com uma data precisa mas é diluída no tempo.
- 2) A responsabilidade pela assumpção da decisão a tomar, que pode ter uma participação familiar ou ser individual;
- 3) Os condicionalismos que envolvem a tomada de decisão e que vão influenciar a responsabilidade de assumir esse encargo. São factores de ordem sociocultural, familiar, económica, de capacidade física e psicológica do CI e outros, que remetem este para uma situação em que a sua vontade individual perde voz, ficando submergida pelos outros valores envolventes. A tomada de decisão, aparentemente voluntária, resulta quase sempre da sublimação da vontade própria do CI por imposições de cariz social, cultural, familiar ou económicas.

### **3. Análise da dimensão objectiva das acomodações identificadas no processo de cuidar do idoso**

Por dificuldade em condensar toda a informação recolhida no limite de texto imposto pelas regras da tese de mestrado, optámos por fazer apenas uma análise transversal dos dados recolhidos, considerando que já foi feita uma análise individual de cada família inquirida (Ponto 1 deste Capítulo).

Por termos dois universos de análise (AD e Lar), a apresentação dos dados será feita em primeiro lugar para as situações de apoio no domicílio e posteriormente para as situações de institucionalização. No final, tentaremos encontrar pontos comuns entre os dois universos, numa análise do papel do cuidador.

### 3.1. Análise transversal das acomodações verificadas na situação de apoio no domicílio

Os cuidados prestados pelo CI no domicílio assumem diferentes formas e conteúdos, decorrentes da situação concreta do familiar idoso e do seu grau de dependência, da capacidade e disponibilidade do cuidador e ainda da eventual existência de rede envolvente que possa aliviar a prestação dos cuidados por aquele.

Nas situações avaliadas, verificou-se que o apoio familiar, social e formal é pontual, não substituindo o papel principal do CI, que procede a diversas acomodações para gerir a sua sobrecarga. Das identificadas, procedeu-se ao agrupamento em sete categorias, como se segue:

#### 1 Acomodações na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente

A execução de AVD relacionadas com a prestação de cuidados ao idoso dependente é das que mais sobrecarga provoca no CI que, sem retaguarda familiar que apoie de forma permanente, tem também a responsabilidade das demais actividades relacionadas com o dia-a-dia familiar. As acomodações encontradas foram:

##### 1.1. Cuidados de higiene

Nas famílias inquiridas verificou-se que a prestação de cuidados relacionados com a higiene do idoso representa uma preocupação e trabalho constantes. Nas situações em que há apoio formal para a higiene, a sobrecarga do CI nem sempre é aliviada significativamente. Ocorre com alguma frequência que, após aquele ter terminado, surgem situações em que é necessário proceder a uma higiene imediata, não existindo ajuda exterior (*AD1: às vezes não está sujo e depois sou eu que tenho que fazer tudo*). Nos fins-de-semana não há apoio formal, aumentando a sobrecarga do CI.

- **Acomodações verificadas com a higiene pessoal:**

- **AD1:** *A higiene é feita no leito, Para lhe pôr a última fralda, até lhe ponho duas, para estar a noite toda. Depois virá-lo ... é muito difícil;* **AD2:** *dar o banho, é feito no leito com ajuda particular;* **AD3:** *A higiene, faço no quarto. Sento-a na cama..., ponho-lhe o algarido com água nos pés (...) olha, lavo-a assim às prestações;* **AD5:** *eu hoje comecei às sete da manhã, teve que ir à arrastadeira. Logo nessa altura aqueci a água e lavei-a por baixo, um bocadinho mais tarde é que lhe dei o resto do banho; Pôr e tirar a fralda, só tenho que ter cuidado para que não vá ficar ferida.*

- **Prestação de outros cuidados:**

- **AD2:** *comprei uma máquina e corto-lhe o cabelo... agora faço de cabeleireira, de barbeira...* *Faço-lhe de tudo um pouco;* **AD5:** *Eu até aqui, dou-lhe banho, trato e arranjo.*

##### 1.2. Cuidados de subsistência

Os cuidados relacionados com a alimentação do idoso revelam-se preocupação permanente:

- **Acomodações relacionadas com a alimentação:**

- **AD1:** *Está a comer pouco, são batidos, iogurtes... sopa não a come. E é tudo à seringa, umas vezes cospe, outras vezes engole;* **AD2:** *Se lhe der água e ele se engasga, eu fico aflita, porque lhe pode acontecer alguma coisa. Vamos que eu lhe estou a dar de comer e ele se engasga?* **AD4:** *Dou a última refeição...é uma ceia, para ele não estar tanto tempo sem comer.*

Mas revelam também a vontade de proporcionar alguns prazeres e “miminhos”:

- **AD3:** *Ontem cozi o peixe e esmaguei-o assim no prato com o garfo, nem o triturei, porque ela ainda gosta de comer assim (...) ponho aquele azeitinho da terra que ela gosta muito. A frutinha também (...) vou-lhe pondo na mão e ela vai comendo.*

### 1.3.Cuidados de vigilância e conforto

As situações verificadas requerem cuidados especiais, para os quais o CI não foi preparado atempadamente (excepto AD2). Repentinamente, viu-se com o problema nas mãos e teve que lhe dar resposta, aprendendo por tentativas ou por observação dos cuidadores formais.

As acomodações identificadas nesta categoria têm a ver sobretudo com a vigilância necessária para detecção de alguma ocorrência imprevista, com a tomada adequada de medicação e com a prestação de cuidados específicos que mantenham o doente confortável:

- **Acomodações de vigilância:**

- **AD2:** *Chamo o 112 não é? Dou-lhe umas pancadinhas... é uma responsabilidade minha;* **AD3:** *Tem uma medicação que tem de ser muito controlada, tenho que lhe medir a tensão a horas;* **AD4:** *É a medicação, a vigilância permanente, está num estado praticamente...terminal.*

70

- **Acomodações para manter o familiar confortável, cuidando-o e acarinhando-o:**

- **AD1:** *tem muitas almofadas... entre as pernas, no cotovelo... porque ele está ferido em todo, todo o lado; Há bocado virei-o, agora quando elas vierem muda-se para o outro lado;* **AD2:** *Pôr almofadinhas para ficar mais confortável;* *Muitas vezes não chama, geme, que é uma maneira de chamar a atenção (...) e eu vou ver;* **AD5:** *se mete na cabeça que tem a roupa enrolada, chama, seja a que hora for da noite; (...) também tenho que estar preocupada se ela não se fere.*

As situações AD1, AD2 e AD3 necessitam de cuidados de enfermagem por terem tido alta hospitalar com escaras, o que provocou alguma revolta na família, que considera ter havido negligência, resultante de falta de pessoal ou deficiente preparação profissional - como foi referido por AD1.

Nestas situações os cuidados de enfermagem são prestados por enfermeiras do CSaúde da área de residência.

### 1.4.Actividades lúdicas

As famílias analisadas revelaram a existência de laços afectivos e de intimidade que proporcionam uma envolvimento com o doente e uma preocupação do CI em satisfazer a sua vontade naquilo que julga transmitir-lhe maior satisfação.



Verificámos que a acomodação principal é a disponibilidade temporal e psicológica para o doente, fazendo-lhe companhia, conversando ou não, dependendo da vontade manifestada. Tendo em conta que são doentes acamados, quatro com demência, não há muito mais que se possa fazer:

- **AD2:** *Tem dias que gosta que falem com ele (...), rezamos o terço e ele acaba por adormecer. Tem alturas em que me diz: “podias vir para aqui para ao pé de mim”, tem outras alturas que quer é dormir;* **AD3:** *Falo muito com ela, acalma muito quando eu chego ao pé dela...é assim como quem dá um calmante a uma pessoa. Gosta que eu lhe reze, ela pede quando ela está muito nervosa.*

## 2 Acomodações nas Actividades Domésticas

As actividades domésticas são a ocupação principal de muitas mulheres que nunca tiveram, ou já não têm, actividade profissional. Das situações observadas apenas duas tinham apoio exterior, uma porque estava activa profissionalmente (AD4) e outra porque havia alguma disponibilidade económica para permitir esse encargo (AD2). Apesar dessa ajuda, não foi evidente a existência de alívio nestes CI, que mostraram um cansaço físico e psíquico igualmente acentuado.

### 2.1.Sobrecarga de trabalhos domésticos

Nas famílias observadas, verificou-se que o trabalho doméstico representa uma sobrecarga significativa para o CI, acrescido pela situação presente. Exemplificando:

- **AD1:** *Sou eu que faço tudo, (...) sempre à pressa, sempre stressada;* **AD2:** *Muito mais trabalho, muito mais roupa para lavar, para engomar (...), a pessoa fica estoirada;* **AD3:** *Não tenho ajuda, faço tudo sozinha;* **AD4:** *Estou muito... muito cansada nesta situação (faz pausas prolongadas, de cansaço, de desalento);* **AD5:** *São 24 horas sobre 24 horas.*

71

### 2.2.Adequação de rotinas e horários

Adaptar o dia-a-dia à nova realidade originou alterações profundas nas rotinas estabelecidas anteriormente: Algumas decorreram de forma pacífica, outras geraram situações de stress e dificuldade de adaptação:

- **AD1:** *Nunca me deito antes da uma da noite. Chego a ir 3 vezes à rua e 4 para fazer as compras...para outros lados, não vou;* **AD2:** *Tive que reorganizar tudo, tudo, porque tudo se mudou. Foi uma volta de 180 graus. (...) há dias em que eu adormeço às seis da manhã;* **AD4:** *Entrar mais tarde no trabalho, reservar algumas horas da manhã para acompanhar o dia que se segue e preparar esta situação e para tratar da minha;* **AD5:** *Eu hoje comecei às sete da manhã. Saio uma vez por semana, uma horinha ou duas...*

### 2.3.A prioridade é o familiar dependente

O dia-a-dia do CI é passado em função do familiar e das suas necessidades, ele é a prioridade:

- **AD2:** *Primeiro está ele, primeiro trato dele. Está tudo em função dele. O resto é ... é o tempo que sobra... é que fica para mim.*

### 2.4.Mobilização de recursos



Recorrer a ajuda externa pode representar invasão da privacidade familiar e implicar mais uma rotina horária para o CI (AD2, AD5), que quer estar presente. A sobrecarga enquanto suportável, é preferível à presença de estranhos para AD3 e AD5 que apenas recorrem a apoio de enfermagem. Já AD2 tem apoio de uma empregada de confiança, por não conseguir cuidar de tudo sozinha. AD4 tem apoio particular todos os dias, porque exerce actividade profissional:

- **AD3:** *Por enquanto vou conseguindo fazer tudo sozinha; AD4:* *Eu pedi a uma Senhora para ajudar, tenho que ir trabalhar todos os dias; AD5:* *Apoio de fora para quê? Eu depois ainda tenho que estar mais sujeita aos horários das pessoas que têm que cá vir...*

### 3 Acomodações na Adaptação do Espaço Habitacional

#### 3.1. Adequação de instalações e espaços

Foram referidas acomodações na adequação de espaços e instalação de equipamento técnico, que melhoram o bem-estar e facilitam o cuidar do doente:

- **AD1:** *Foi só tirar coisas do quarto e colocar cama de grades; AD2:* *Fiz uma casa de banho com poliban, pouco a usou. Tivemos que pôr a cama articulada, a sorte foi o quarto ser grande; AD3:* *Tinha tapetes no corredor e no quarto dela, tirei tudo, para ela não cair e para eu a poder arrastar numa cadeira;*

#### 3.2. Aquisição de equipamento

Para garantir conforto e melhorar a funcionalidade dos cuidados foram adquiridas camas articuladas, colchões e almofadas especiais para acamados (AD1, AD2, AD4); para permitir alguma mobilidade, cadeira de rodas (AD1, AD2, AD3, AD4, AD5) e andarilho (AD3):

- **AD2:** *Este ano tive que pôr aquecimento, era uma coisa indispensável (...) porque da maneira como ele está doente, ter que o destapar tanto... foi uma coisa que eu tive que fazer;*

72

### 4 Acomodações nos Constrangimentos Económicos e Profissionais

#### 4.1. Impossibilidade de trabalhar

Apenas uma situação obrigou ao abandono de actividade profissional:

- **AD1:** *Tive que deixar de trabalhar. Estava de férias, já não fui trabalhar mais;*

#### 4.2. Flexibilidade de horários

- **AD4:** *Houve uma colaboração no trabalho: poder entrar mais tarde mas também sair mais tarde. Tenho que trabalhar as mesmas horas, só que o horário é deslocado para a noite;*

#### 4.3. Sobrecarga económica

A afectação económica resultante da situação de dependência do familiar, representa um peso significativo para AD1 (teve que deixar de trabalhar) e AD2 (investimento), sendo menor nas outras situações:

- **AD1:** *Em termos económicos afectou bastante porque eu ganhava, tinha subsídio de férias e subsídio de Natal. E as despesas agora são muito maiores; AD2:* *Tive este ano que meter aquecimento, foi um investimento que não “tava” nos planos. Há muito mais despesas;*

## 5 Acomodações na Rede Familiar Envolvente

### 5.1. Cooperação instrumental

A rede familiar existente revela-se complexa e variada. Nuns casos há proximidade e apoio (AD4, AD5), noutros há proximidade com afastamento (AD1, AD2, AD3), situações que impossibilitam qualquer apoio:

**AD1:** *Ele tem dois sobrinhos, têm a vida deles; A filha está na Itália;* **AD2:** Os filhos reagiram mal, visitam-nos pouco. A minha cunhada vem aos fins-de-semana, eu assim descanso; **AD3:** *Cada um está na sua casa, tem os seus problemas para resolver;* **AD4:** *Tenho um tio, faz companhia, faz compras; Os meus irmãos não vivem cá;* **AD5:** *O meu irmão está sempre a dizer “precisas, eu fico cá”.*

### 5.2. Apoio emocional

O apoio emocional revelou-se importante e gratificante, aliviando a pressão diária. A sua ausência fragiliza, retira forças para continuar (AD1 e AD2: CI vive angustiada, com saudade e falta de apoio pelo afastamento do filho e netos):

**AD3:** *A minha mãe até lhe dar isto, como tinha a cabecinha dela muito boa, era também uma companhia muito boa;* **AD4:** *Tenho apoio psicológico, dos meus irmãos;* **AD5:** *O meu marido aceitou, é minha mãe, aceitou bem.* **AD1:** *O meu filho não vem...não os vejo! (fica comovida);* **AD2:** *Pelo menos via-os! Via os netos, matava saudades;*

### 5.3. Afectação de relações: estreitamento/afastamento

Face à situação de dependência grave, com degradação física e mental acentuadas, verificaram-se duas situações de afastamento dos filhos, incapazes de olhar o pai. A mãe/CI vê-se privada deles, o que aumenta a sua solidão e sofrimento. Com os familiares mais afastados houve uma aproximação solidária, que proporciona alguma ajuda e conforto.

Relativamente ao doente, há uma aproximação intimista, um crescimento relacional, resultantes do apoio prestado e do reconhecimento de quem o recebe:

**AD1:** *Os laços familiares foram bastante abalados. O meu filho “ah, eu não vou aí, não sou capaz!”;* **AD2:** *Os filhos reagiram mal. (...) É difícil aceitar e eu compreendo! Eles vêm menos... “Olhos que não vêm, coração que não sente” ... (fica emocionada); O meu marido, ele reconhece, isso é bom. Diz: “fazes-me tanto bem...”.*

Na situação **AD3** a CI assumiu cuidar da mãe, com prejuízo dos outros relacionamentos familiares, acomodando o seu contacto com eles: Não partilha a vida das filhas e netos, não encontra disponibilidade:

**AD3:** *Porque eu ia sempre e levava-a a ela para a festa dos meus netos ou para casa das minhas filhas. Desde que está acamada, elas vêm para aqui. Eu acho que é mais importante eu ficar aqui. A minha filha disse-me: “Oh mãe, eu vou fazer uma festa (...) mas eu a ti já nem te digo nada, tu não vens”;*

Na situação **AD5**, o relacionamento actual entre os três irmãos resulta da situação interiorizada entre ambos desde o passado. Alguma rivalidade e disputa na atenção e cuidados prestados pelos pais

gerou um distanciamento no relacionamento com um deles que, sentindo-se mais desapoiado, se afastou e demitiu do papel de filho e de irmão. “As relações entre irmãos acontecem no contexto de um «registo familiar» que determina um conjunto complexo de relacionamentos entre cada filho e cada pai e entre cada filho em relação ao outro filho com cada pai” (Satow, p153). Por maior afinidade, a doente pediu para ser cuidada em casa da filha:

**AD5:** *O meu irmão disse: “Olha, é assim, (...) eu fico com o pai, tu ficas com a mãe. Com o meu outro irmão ... Só pergunta se está melhor, se está pior, Mesmo que a situação se complique, não vamos recorrer a ele. Ela disse que não queria sair daqui.*

## 6 Acomodações na Rede Social Envolvente

### 6.1. Apoio instrumental

A cooperação entre vizinhos existe, de forma pontual e eventual, sem responsabilização. A sensação de ficar a dever “favores” ou de se sentir controlada gerou inibição na CI, que prescindiu de pedir ajuda (AD1 e AD3). A solidariedade resulta mais da disponibilidade e do grau de intimidade existente na rede social, do que da necessidade real.

**AD1:** *A minha vizinha do lado estava sempre a oferecer-se, da primeira vez que lhe pedi para ir à Caixa, daí a um bocadinho já me estava a telefonar... por isso nunca mais pedi; AD3:* *As pessoas saem para os seus empregos, (...) “olhe eu trabalho mas alguma coisa que seja preciso, na hora de almoço...”. Prontificam-se sim mas...; AD2:* *Os vizinhos ajudam. Estão sempre prontos, disponibilizam-se.*

### 6.2. Privação de actividades

O facto da situação de dependência ser grave e exigir uma vigilância permanente, impede o CI de ter disponibilidade para as suas actividades, tendo que prescindir delas ou reorganizar o tempo disponível. O receio da crítica social é outro factor condicionante:

**AD2:** *Tinha a hidroginástica e tive que parar mesmo. Paguei e tive de parar (...) Estar duas horas fora de casa é complicado. E se chegava alguma visita ou alguma vizinha? As pessoas também não compreenderiam; AD5:* *Em relação às rotinas de lazer, ficaram mais condicionadas!*

### 6.3. Privação de convívio lúdico

O convívio lúdico foi afectado de forma quase total, pela indisponibilidade temporal. Este facto causa stress, tristeza e sentimento de prisão, provocando estados emocionais depressivos, difíceis de gerir e que podem levar à necessidade de tomar medicação:

**AD1:** *Estava habituada a sair (...), ia com a minha irmã e agora ...(ar triste, deprimido) estou “presa”, sem fazer mal a ninguém! (ri-se nervosamente); AD3:* *Íamos até ao café, ela gostava de ver as pessoas e falar com elas, eu também. Agora, já não.*

## 7 Acomodações na Rede de Apoio Formal

### 7.1. Apoio formal existente

O principal apoio que é prestado é de cuidados de enfermagem. As outras necessidades são supridas pelo CI e apoio particular, de acordo com as necessidades e a capacidade económica de cada um:

**AD1:** *É as enfermeiras por causa das escaras... Tenho as pequenas da Quinta de S. Miguel, de 2ª a 6ª, menos feriados; AD2:* *Eu tenho uma Sr.ª (...) vem cá de manhã, ajuda-me a dar o banho (...) vem cá à noite (...) se eu me vir aflita durante o dia ainda cá vem (...). Todo o apoio que for pedir é a pagar. As enfermeiras só tratam das escaras.*

## 7.2.Necessidades instrumentais

Foram referidas algumas necessidades, sendo a prestação de informação sobre “**como cuidar**” doentes nestas condições muito valorizada: o CI sente-se impotente, sem conhecimentos específicos, tendo que aprender à sua custa. A necessidade de haver apoio de retaguarda que permitisse ao CI ter tempo livre para cuidar de si e recarregar baterias também foi mencionada por todos os CI:

**AD1:** *Não tive qualquer explicação sobre como lidar com a situação, apenas saiu com indicação para o médico de família. (...) Devia haver umas pessoas, olhe, a Sr.ª agora, pode estar descansada... Devia haver instituições que prestassem apoio a estas famílias, que ficam com situações pesadas; AD2:* *Há poucas ajudas (...). Devia haver formações mesmo para ensinarem as pessoas a viver com estas situações.*

## 7.3.Necessidades em apoio emocional/psicológico

O CI para cuidar bem, precisa estar bem com ele próprio. O envolvimento pessoal com a dependência, a sobrecarga permanente, física e psíquica, desgastam e debilitam as defesas próprias de cada um, tornando necessário algum suporte exterior, que dê novo ânimo e força:

**AD2:** *Claro que eu aí, psicologicamente, fui-me muito, muito abaixo porque eu achava que nunca me ia acontecer a mim. (...) Tive que começar a ser medicada porque... eu não conseguia! (...) A família precisa tanto ou mais, porque se a família não estiver bem, também não pode fazer muito ao doente, não é? A família tem que ser tratada.*

### 3.2. Análise transversal das acomodações verificadas na situação de institucionalização

Em relação aos familiares cuidadores de idosos institucionalizados, verificaram-se menos acomodações, o que é perceptível se considerarmos a distância física entre ambos e a ausência da responsabilidade de “*cuidar*” directamente. Mantém-se somente a preocupação com o bem-estar e cuidados que são prestados ao idoso na Instituição, num continuar da responsabilidade familiar pelo mesmo.

É importante referir que a Instituição envolvida é uma IPSS recente, com boas condições gerais, que proporcionam cuidados adequados ao idoso e satisfação ao CI. A proximidade geográfica e ausência de horários fixos para visitas, são igualmente factores favoráveis que facilitam a manutenção do contacto familiar.

Nesta perspectiva, o resultado desta análise é limitado a uma realidade satisfatória em termos de resposta formal, não reflectindo a outra, mais comum, vivenciada em instituições sem garantia de qualidade, com mensalidades elevadas e, às vezes, geograficamente distantes dos familiares que poderiam dar algum apoio.

76

Nas situações inquiridas, analisado o conteúdo das entrevistas efectuadas, detectaram-se as seguintes acomodações:

#### 1. Acomodações na Acessibilidade ao Familiar Institucionalizado

##### 1.1. Periodicidade das visitas e razão da mesma

Com horário livre, a periodicidade das visitas está dependente da disponibilidade e vontade da família, sendo diária para o CI que reside próximo e sempre que apetece ou é possível para os restantes. Proporciona quase sempre alívio e bem-estar para CI e idoso:

- **L4:** *Vou lá todos os dias, estou aqui perto (...) Quero ir ver com os meus olhos como ele está;*
- L1:** *Vou duas ou três vezes na semana, conforme.*

##### 1.2. Cuidados prestados ao idoso

Os cuidados prestados representam a solidariedade familiar, podendo assumir a forma de ofertas, de apoio psicológico ou de pequenos cuidados e mimos sendo, nalguns casos, o prolongamento de apoios prestados no domicílio:

- - **L3:** *Muitas vezes faço aqui uma refeição qu'ela gosta e levo; L4: Dou-lhe o lanchi (...) ele custa-lhe muito a comer e elas têm pouco tempo (...), agora no inverno (...) eu chegava, percebia que ele tinha frio, ia buscar um blusão mais grosso e aconchegava-o.*

### 1.3. Empatia na visita – impacto no idoso e no CI

A visita pode gerar sentimentos contraditórios para o CI e para o idoso: O primeiro fica angustiado por ver o familiar numa situação de degradação física e psicológica e por não o manter na sua “casa” mas também gratificado pelos cuidados ali prestados. O idoso, nos momentos de lucidez, fica feliz com a visita mas relembra a tristeza de estar institucionalizado:

- **L1:** *Ir lá, magoa-me vê-la naquele estado em que ela está e não ir, também me sinto mal. L2:* *Ela fica mais bem-disposta, de ver a gente ... L4:* *Deixa-se rir (...) quando está melhor. Ao vê-lo, eu ficava bem!*

### 1.4. Afecção das rotinas familiares

Nas situações analisadas não se detectou afecção significativa das rotinas familiares. Estas adaptaram-se, naturalmente, à situação:

- **L4:** *Faço as minhas coisinhas, vou à visita, venho... Vou todos os dias.*

## 2. Acomodações na Rede Familiar Envolvente

### 2.1. Partilha familiar da responsabilidade

A responsabilidade é assumida por todos os familiares, mas delegada no CI principal, pela proximidade geográfica deste face ao Lar ou pela maior intimidade entre ele e doente. Nas situações de filho único, é este a assumir tudo:

- **L1:** *Eu sou sozinha. L3:* *E os mês irmãos disseram “ Vê lá... pronto, a mãe tem que ir para um lar, tu não conseguis...”*

### 2.2. Aceitação da institucionalização

Nas culturas mediterrânicas, se existem familiares, a institucionalização de um idoso não é bem aceite socialmente, ainda que a dependência seja total. Ponderar a mesma não é um processo pacífico, nem para a família nem para o doente.

A decisão de internar pode gerar angústia no CI e um sentimento de revolta no idoso, ainda convencido de que os filhos o devem cuidar, seja qual for a situação. Daqui podem surgir conflitos relacionais, camuflados pela acomodação à situação ou pela demência:

- **L1:** *Não sei qual foi a decisão mais difícil, se foi ter que lhe arranjar as coisas para irem para o lar, se a morte do meu pai. Foi muito idêntica. (...) Mas ... também não sou contra o Lar; L2:* *A minha mãe nunca pensou que fosse para ali, como outras pessoas com a idade dela também não pensavam ... Como a minha mãe tratou da mãe dela e do pai, custou-lhe muito ir para o Lar, (...) não aceitou; L4:* *Condo é soube que ele já tinha vaga, não dormia. Custou-me muito!*

## 3. Acomodações na Acessibilidade à Instituição

### 3.1. Esforço no acesso/ Mobilização de meios

Tratando-se de uma zona não urbana, há escassez de transportes públicos entre as várias localidades, condicionando a deslocação das pessoas que não têm transporte próprio ou que não o podem utilizar. A alternativa é utilizar táxi nas deslocações mas, porque sai caro, não pode ser utilizado com frequência.

- Numa das situações analisadas é esta condição que ocorre, recorrendo o CI à boleia para se deslocar, apesar de ser desagradável:
  - **L1:** *Eu não gosto nada de ir à boleia, mas em caso de necessidade, já tenho ido; Não há transportes públicos, só se chamar um táxi, o que fica mais caro.*
- Noutra situação, há transporte próprio, o que deixa liberdade à CI para ir visitar a mãe sempre que lhe apetece:
  - **L3:** *Já viu o que é, aqui a 7 km temos o lar? Agarro no carro, vou. Daqui lá é 10 minutos;*
- Nas outras duas situações inquiridas, o lar fica próximo da residência do CI, ficando a visita apenas dependente da disponibilidade do CI:
  - **L2:** *Moro aqui, é pertinho...Umas vezes vou a pé, outras de carro.*

### 3.2. Disponibilidade horária da Instituição

A instituição funciona em regime aberto, não impõe horário para as visitas. Há apenas algum condicionamento à hora das refeições, para não perturbar o seu funcionamento, mas não é uma proibição. Esta liberdade de poder ir quando quer deixa o CI descansado e confiante de que não há nada a esconder por parte da instituição. A acomodação verificada é assim positiva e gratificante:

- **L1:** *Não condicionam as visitas, vamos quando queremos.*

## 4. Acomodações nos Constrangimentos Económicos e Profissionais

### 4.1. Afecção profissional

Apenas uma situação referiu constrangimentos na área profissional, mais acentuados quando o apoio era prestado no domicílio. Actualmente limita as visitas, levando a que as mesmas se efectuem ao fim-de-semana:

- **L2:** *Trabalhamos juntos, o meu marido e eu (...) Se eu não for, ele também não vai!*

### 4.2. Afecção económica

Tratando-se de um lar não lucrativo, as mensalidades são suportáveis pelo orçamento familiar, mesmo nas situações em que a mensalidade não é calculada em função da pensão. As despesas extras representam algum esforço mas a compensação pelos bons cuidados prestados e consequente satisfação do CI são superiores:

- **L2:** *Há alguma sobrecarga económica, a pensão dela não dá para o Lar e para as despesas. É a mensalidade mais os medicamentos à parte, as fraldas, os pensos, (...) pomadas, tudo,*



tudo; **L4:** É mesmo à conta. Quando vem o dinheiro das férias, dos subsídios de Natal, isso é que vai empalhar.

## 5. Acomodações na Relação com a Instituição

### 5.1. Condições físicas existentes

O lar é novo, foi feito para ter e proporcionar boas condições de trabalho e de internamento, o que proporciona satisfação aos utentes e familiares, resultando numa boa relação:

- **L3:** Tem boas condições, xii! Tudo, tudo, tudo. Digo-lhe sinceramente, de todos os lares q'a minha mãe tem tado (...) nã vi uma coisa como esta.

### 5.2. Cuidados prestados ao idoso e actividades lúdicas

De um modo geral, há satisfação com os cuidados prestados ao idoso. É referida a insuficiência de pessoal, situação que se torna mais evidente à hora de levantar, de deitar e à hora das refeições. Esse facto condiciona a qualidade do serviço e alarga a hora dos cuidados prestados.

Relativamente ao profissionalismo dos funcionários, foi apontada uma situação ocorrida com o pai, entretanto falecido, referindo a incapacidade mental da mãe para se queixar, se algo correr mal, o que a deixa na incerteza. Ponderadas as vantagens do lar, não se sente moralmente no direito de se queixar, acomodando-se à situação.

O Lar proporciona actividades lúdicas aos utentes, internas para os dependentes e externas para os autónomos, tentando tornar a sua estadia agradável e participativa:

- **L2:** Elas estão ali bem tratadas. Este é muito bom, tem todas as condições; **L1:** Há funcionárias que são dignas do trabalho que têm, outras nem tanto. Há pessoas que, por mais que se puxe, não têm jeito; **L3:** A 'nha mãe só participa é nas festinhas que são dentro do lar. Q'ando for para fora jã nã vai.

79

### 5.3. Gestão de problemas

No relacionamento com a Instituição, não foi assumida a intenção de denunciar algumas situações pontuais que surgem. As mesmas são relevadas face às vantagens existentes e porque não consideram que houvesse ganhos com essa denúncia.

- **L1:** O meu pai faleceu há um mês e queixava-se que havia lá funcionárias que... eu nunca quis arranjar problemas nenhuns porque eu ainda agradeci muito à Santa Casa, que me arranjaram para ter tido a vaga e não quis arranjar problema mas também me doía o meu pai queixar-se; **L3:** São duas funcionárias, são trinta e tal pessoas. Mas é nunca fiz queixa.

## 4. Dimensão subjectiva do processo de prestação de cuidados ao idoso

Analisaremos agora a perspectiva do CI nas dimensões “tomada de decisão” e “acomodações” daí resultantes, assim como as representações da velhice e a perspectiva quanto ao futuro dos idosos e ao papel do Estado em matéria de apoio aos idosos (anexo n.º 9).



## 4.1. Tomada de decisão

Decidir cuidar de um familiar em situação de dependência grave revela vários aspectos - positivos e negativos –, assumidos conscientemente ou não.

Passado algum tempo (nalgumas situações anos) sobre essa decisão, vivenciadas as suas implicações e ponderadas as suas consequências, a avaliação foi a seguinte:

### 4.1.1. Avaliação da tomada de decisão

**Começando pelas situações de apoio no domicílio (AD)**, verificámos que a decisão foi tomada prioritariamente por obrigação familiar e pelo dever moral de ajudar, aliados à ausência de alternativa. O facto de haver laços de conjugalidade ou filiais fizeram sentir ao CI que, de alguma forma, “**devem**” esse cuidado ao outro. Esta interpretação da responsabilidade familiar está presente nas culturas mediterrânicas, sendo referida em estudos efectuados com esta população, indicando que “a máxima da manutenção do idoso no domicílio seja cumprida pela família” (Le Bris, p52).

Apesar da sobrecarga expressa, o sentimento predominante perceptível foi a vontade de continuar, enquanto houvesse capacidade para tal. A hipótese de renunciar à prestação dos cuidados, por serem cansativos, redutores da liberdade individual e causadores de isolamento social e familiar não foi assumida, numa atitude inerente ao ser humano, para o qual “a força das motivações é decisiva para as resistências contra tudo e contra todos, da pessoa que presta cuidados e para a sua determinação em continuar ao longo dos anos” (Le Bris, p86). Mas apreendeu-se que uma alternativa temporária que libertasse o CI da sobrecarga e da “prisão”, seria uma ajuda excepcional.

Pelo que foi observado, inferiu-se que as consequências da sobrecarga no CI são fonte de preocupação para este, mais pela eventual afectação na qualidade dos cuidados prestados, do que pelas consequências para si próprio. O “*outro*” é o elemento mais importante e prioritário.

Os momentos de alguma revolta, resultantes da situação vivenciada – “*prisão*” domiciliária, perda de vida própria, sobrecarga de trabalho ou ausência de descanso - são suplantados pelos sentimentos de amor, carinho, ou obrigação familiar que ligam o CI ao familiar dependente.

A experiência de cuidar revelou-se igualmente uma forma de crescimento e desenvolvimento emocional para o cuidador, pelo estreitamento dos laços afectivos, pela proximidade e cumplicidade promovidas e desenvolvidas entre ambos.

**Sobre a situação de Lar**, a tomada de decisão quanto à institucionalização surgiu como a resposta necessária a uma situação que se tornara insustentável, por ausência de resposta familiar e/ou institucional. “É verdadeiramente raro que o internamento seja encarado como um projecto de vida; raramente escolhido, mas aceite como o último recurso, ele é frequentemente o último elo de um encadeamento de fracassos sociais” (Le Bris, p59).

De alguma forma, ela surge como inevitável para quem decidiu. Não foi uma decisão plenamente desejada. Notou-se um embaciar de olhos, uma voz mais tremida nalgumas passagens da entrevista, em que era referida a situação do internamento. Nalgumas situações (**L1 e L4**) só aí se verificou o corte umbilical. O facto do idoso e CI sempre terem vivido juntos tornou a separação mais dolorosa para este, que teve que fazer a gestão emocional da opção tomada, contrabalançando a sua incapacidade física para apoiar, por um lado, e o bem-estar do doente na instituição, por outro, em conjunto com a dor da separação aliada a algum remorso de o/a ter retirado da casa onde sempre viveu. Em ambas as situações, o facto da pessoa idosa não estar lúcida, não tendo por isso a noção de que está institucionalizada, ajuda a que o CI não sinta, de forma tão negativa, os efeitos morais da opção tomada.

#### a) Boa consciência moral

Tomar a decisão de cuidar no domicílio ou institucionalizar, pode revelar-se um processo pacífico, ou não. Nas situações avaliadas, de um modo geral a decisão tomada apresenta-se como a melhor solução para ambas as partes, na perspectiva do CI. Esta consciência de acção correcta leva a um descanso psicológico sobre a mesma e à satisfação do cumprimento do dever moral:

- **AD1:** *Elas (enfermeiras) dizem-me: “o seu marido aqui tem todas as condições”;* **AD3:** *Acalma muito quando eu chego ao pé dela... é assim como quem dá um calmante a uma pessoa. É um acto de amor;* **L4:** *Vou ali dar-lhe aquele bocadinho de apoio todos os dias.*

#### b) Questionamento moral

**Na situação de AD**, o questionamento sobre a decisão tomada surge pontualmente, quando o confronto com a sobrecarga se afigura demasiado pesado e difícil de suportar:

- **AD1:** *Também nos revoltamos, acabamos por dizer o que devemos e o que não devemos porque a saturação já é tanta. Eu agora não me sinto bem;* **AD2:** *Sinto-me revoltada, em certos momentos.*

São momentos de desespero, logo ultrapassados pela sobreposição da responsabilidade familiar, do dever de fazer bem e cuidar, do carinho e do amor com que querem fazê-lo.

**Na situação de institucionalização**, a certeza da tomada de decisão correcta foi ensombrada pela dúvida e por alguma tristeza, quando se falou na reacção do familiar ao internamento. À certeza de que

a solução tinha que ser aquela, opõe-se a aversão à institucionalização, assumida de forma directa ou disfarçada, pela familiar. Ter a consciência de que ela está contrariada, apesar de bem cuidada, deixa no ar a angústia da imposição.

Também a dor da separação de alguém com quem se viveu ao longo de toda a vida, ensombra a certeza da boa decisão e semeia a dúvida sobre a inexistência de alternativa, impondo o pensamento: “será que fiz bem”?

- **L3:** *Tanto que a minha mãe está sempre revolta é comigo, tá a perceber? Porque a minha mãe pensava que ficava comigo.... É a única tristeza qu'ê tenho;*

Se analisarmos o gráfico seguinte verificamos que a boa consciência moral é claramente mais assumida nas situações de AD do que no Lar. Para esta constatação não é alheio o facto de internar um familiar ter ainda uma conotação negativa a nível familiar e social, ainda que seja necessário:

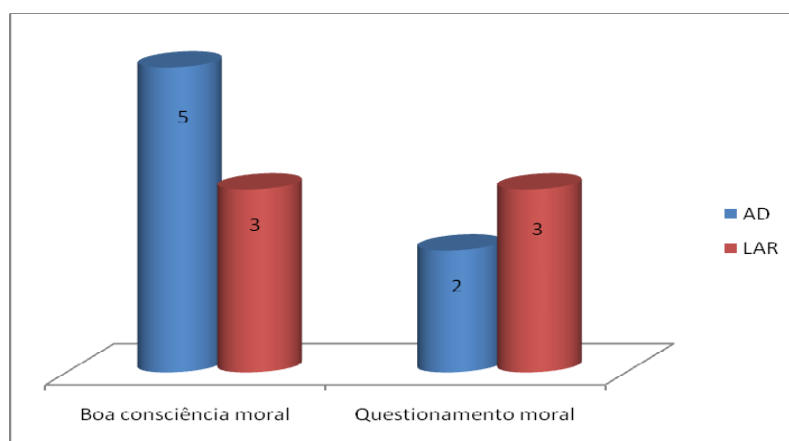


Gráfico n.º 4- Avaliação da tomada de decisão

### c) O que poderia provocar alteração à situação actual

Como indicador sobre a satisfação com a situação actual, tentámos saber o que poderia alterar a mesma.

Verificou-se que, **nas situações de AD**, a alteração da situação actual só poderia decorrer da incapacidade física ou mental do CI para continuar a assegurar os cuidados necessários. Enquanto este suportar, não pondera a hipótese de alteração, o que revela o espírito de sacrifício, solidariedade, reciprocidade e laços afectivos que existem. Pensar nessa eventualidade, revelou-se motivo de preocupação, pelo receio do que aconteceria ao familiar.

- **AD2:** *Ele ir para um lar, só se me acontecer alguma coisa (...) caso contrário, não! É o ter medo que me aconteça a mim alguma coisa e que não consiga tomar conta dele;* **AD3:** *É uma coisa que me preocupa muito é, se eu adoecer, como é que vai ser dela;*

**Nas situações de institucionalização** constatou-se que a satisfação familiar pela solução encontrada não faz prever nenhuma alteração. Este facto deve-se às boas condições da instituição, à proximidade geográfica da residência do CI e ao custo do internamento ser suportável economicamente:

- L3: Neste fica até o resto da vida dela.

## 4.2. As acomodações verificadas: Avaliação dos processos de acomodação

Cuidar de um familiar idoso requer uma entrega total e permanente por parte do CI. Cuidar “implica mais do que disponibilidade física, implica também estar com o outro” (Moreira, 2001, p 84), numa entrega psicológica constante, centrada no doente.

Para tal ser viável sem provocar a exaustão e a saturação do CI é fundamental conseguir estabelecer limites na sua actuação. Quando as dificuldades são enfrentadas sem limites definidos que permitam conciliar generosidade e auto-preservação não é possível resolver a situação de forma saudável e o CI entra em stress, sendo-lhe mais difícil, ou mesmo impossível continuar. “Marcar os limites é uma das coisas mais difíceis da prestação de cuidados mas é também uma das mais importantes” (Satow, p 32). Estabelecer limites para o que é possível fazer, sem ocorrerem situações demasiado desgastantes para o cuidador não é fácil e, nas situações observadas, raramente foi detectado. Do facto resulta uma sobrecarga maior, porque não há rotinas definidas que preservem a manutenção da integridade física e mental do CI.

83

Nas situações de maior dependência e em que o CI se encontra também já na fase da adultez tardia avançada, mais do que a sobrecarga no momento, torna-se fonte de preocupação o que poderá acontecer no futuro. Este apresenta-se incerto quer na dimensão temporal (nunca se sabe quando irá terminar a situação de dependência) quer, relacionado com esse tempo, na resistência do cuidador para aguentar a sobrecarga em prazos que podem ser de vários anos. A apreensão sobre o que poderá acontecer ao familiar dependente se quem cuida não o conseguir fazer enquanto necessário, revela-se fonte de angústia, stress, preocupação e ansiedade.

Ainda assim, a necessidade de dar resposta imediata a situações por vezes complicadas e para as quais não existe preparação, conhecimentos e, aparentemente, até resistência física, segundo foi referido, gera um aumento impensável na capacidade de resposta, encontrando-se por vezes fonte de resistência onde se julgava já impossível, à medida que as dificuldades surgem, gerando assim um “acomodar” contínuo às mesmas, numa sucessão de ajustes que facilitem o seu dia-a-dia e o do doente. “Um grande número de pessoas que presta cuidados desenvencilha-se, aprende na ocasião” (Le Bris, p 79).

### 4.2.1. A sobrecarga sentida

Nas situações analisadas verificou-se a existência de um CI sem retaguarda familiar significativa, que permitisse aliviar de forma concreta a sobrecarga emocional e física, resultante de situações de grande dependência:

- **AD1:** São 24 sobre 24 hora; **AD2:** Uma pessoa fica estoirada; **L4:** Andava já de rastos.

Sobre a tipologia das sobrecargas sentidas, verificámos que elas apresentam duas características importantes: podem surgir e ter consequências imediatas ou podem provocar consequências mediatas, sendo estas menos previsíveis para o CI, quando tomou a decisão de cuidar. Analisando separadamente as duas tipologias verificámos:

- **Consequências imediatas:**

As sobrecargas físicas e psicológicas, relacionadas com a dependência existente, são as mais referidas e valorizadas:

**1. Sobrecarga física:** O aumento de trabalho no dia-a-dia provoca cansaço físico, diminui o tempo de descanso e conduz à exaustão física: **AD1:** *É tudo, tudo em cima de mim*; **AD2:** *Porque a pessoa fica estoirada*;

**2. Sobrecarga psíquica:** Resulta de um conjunto de situações envolventes, como o stress emocional provocado pela convivência com a dependência e deterioração física e psíquica do familiar doente: **AD2:** *Psicologicamente fui-me muito abaixo*; da solidão, provocada pela quebra de relações familiares e convívio com amigos, (**AD1**; **AD2**); da preocupação e receio pelo futuro: **AD1:** *Deus queira que não me aconteça nada*; da inevitabilidade da decisão tomada: **L1:** *Teve que ser*.

**3. Sobrecarga económica:** Resultante da necessidade de abandonar a actividade profissional: **AD1:** *Tive que deixar de trabalhar*; do aumento das despesas resultantes da situação: **AD1:** *E as despesas agora são muito, muito maiores*; **L2:** *A pensão dela não dá para o lar e para as despesas*;

**4. Outras sobrecargas:** ter que “aprender” a cuidar, sem que lhe tivesse sido explicado como o fazer (**AD1**, **AD5**).

- **Consequências mediatas:**

**1. Sobrecarga física:** À medida que o tempo passa, que as situações de dependência se agravam e que as resistências do cuidador decrescem, a sobrecarga física tende a acentuar-se. Em situações muito prolongadas, esta sobrecarga pode afectar definitivamente a saúde física dos cuidadores, através de “alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares” (Begany *et al*, 1996 Brodaty, 1999 in Brito, 2002, p35): **AD2:** *Sou capaz de não aguentar*; **AD4:** *Eu estou muito... muito cansada nesta situação*.

**2. Sobrecarga psíquica:** Esta, tal como a sobrecarga física, é um prolongamento da situação inicial, agravada pelo passar do tempo e pelo stress que se vai acumulando: **AD1:** *Estou “presa”, sem fazer mal a ninguém! Muitas vezes estou deprimida*. **AD2:** *Deixei de ter vida*

*própria, para onde quer que eu vá, o problema vai comigo; Eu, estou-me a tratar porque eu... se não me tratasse também, a minha cabeça não tinha aguentado; L1: Ir lá magoa-me e não ir também.*

A ansiedade e o medo do futuro acentuam-se, à medida que os anos passam, o grau de dependência aumenta e as resistências do CI diminuem: **AD1:** *Deus queira que não me aconteça nada, que ele não tem mais ninguém.* **AD3:** *É uma coisa que me preocupa muito é, se eu adoecer.*

**Também a afectação das relações familiares** é fonte de stress e de angústia. Nas situações **AD1 e AD2** o CI carrega o desgosto de não conviver com os filhos e ver crescer os netos, face à não-aceitação da situação de dependência e de degradação física do pai, levando ao seu afastamento, para não se confrontarem com a situação. Fazem jus à afirmação “Olhos que não vêem, coração que não sente” mas esquecem-se, com algum egoísmo, que privam a mãe da presença deles, aumentando-lhe o sofrimento: **AD2:** *Os meus filhos encaram muito mal a doença do pai e não o visitam; não os vejo nem aos meus netos;*

À sobrecarga dos cuidados prestados acresce a solidão e a saudade, fazendo sentir ao CI de forma mais acentuada o peso da situação, provocando-lhe sentimentos contraditórios: **AD1:** *Depois, às duas por três, também nos revoltamos, acabamos por dizer o que não devemos porque a saturação já é tanta!* **AD2:** *sinto-me revoltada em certos momentos.*

Como refere Satow, (2007, p70), “Raiva e culpa são sentimentos frequentes nos cuidadores e, muitas vezes decorrem da dificuldade em definir limites” ou da capacidade de conseguir gerir os acontecimentos com que se deparam.

Os dados obtidos assemelham-se assim às conclusões de vários estudos efectuados sobre este assunto, que referem a propensão dos cuidadores de idosos dependentes, por períodos longos, para sofrerem alterações negativas em vários aspectos da sua vida: a nível familiar e social, a nível económico, a nível de cansaço físico e psíquico (Fadden *et al*, 1987; Cook *et al*, 1996; Goodman *et al*, 1997), referidos por Brito, (2002, p35). Também Le Bris, refere situações de excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias e estado depressivo como consequências detectadas nos cuidadores de pessoas dependentes, no estudo conjunto efectuado nos países Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha, Dinamarca. (Le Bris, 1994, p92).

Ainda assim, a afectação destes cuidadores parece ter maior impacto negativo a nível psicológico do que físico: são referidas mais situações que indiciam maior desgaste psíquico que físico. A toma de medicação referida tem como finalidade aliviar problemas de depressão e grande ansiedade, não tendo sido referidas necessidades de reforço físico. Daqui decorre a constatação de que a investigação actual tem que ir mais além do que analisar a sobrecarga objectiva da prestação de cuidados e estudar toda a envolvente subjectiva da mesma, que inclui as estratégias de cada CI para gerir de forma saudável a sua actividade, mantendo-a exequível. “As pesquisas actuais (...) dirigem também a sua

atenção para o contexto da prestação de cuidados e para as estratégias de coping adoptadas (Brodaty, 1999; Brown e Stetz, 1999)", in (Brito, 2002, p37).

#### 4.2.2. O alívio manifestado

De um modo geral, a investigação que tem sido efectuada à volta dos idosos dependentes e dos seus cuidadores, tem-se centrado quase só nos aspectos negativos e sobrecargas que daí resultam.

No entanto, dessa relação mais intimista, surgem também situações que se revelam gratificantes para ambas as partes. Frequentemente, desse facto quase forçado, sai um reforço de relações familiares, numa aproximação física e emocional que resolve pequenas quezílias anteriores, ou simplesmente reforça as ligações afectuosas já existentes. Revela-se fonte de enriquecimento e crescimento pessoal para o cuidador (Figueiredo, 2007), que encontra naquele apoio um sentido para a sua vida ou a maneira de retribuir o carinho e o amor antes recebidos. Também para o idoso é gratificante sentir esses afectos demonstrados pelo familiar que agora, de forma mais empenhada, cuida dele.

Nas situações analisadas verificou-se que, paralelamente à sobrecarga do CI, existe também a satisfação pessoal e a gratificação, que podem resultar de vários factores, sendo o grau de parentesco, a intimidade e a afectividade que liga os dois os que mais parecem influenciar esse prazer de cuidar. Também o reconhecimento pelo serviço prestado se revelou importante. Este e a gratificação tornam-se essenciais para equilibrar a sobrecarga física e principalmente a psíquica, aligeirando o desempenho do papel do CI: "A capacidade e vontade do cuidador para prestar cuidados parece ser medida pelo seu poder em encontrar significado e gratificação no seu papel como cuidador (Mafullul e Morriss, 2000, in Figueiredo, 2007, p129):

- **AD2:** *Ele reconhece, há momentos em que ele...reconhece que eu lhe estou a fazer muito. E isso é bom.*

**Na situação institucionalização,** foi manifestado alívio por todos os CI, relacionado com o fim da sobrecarga por cuidar no domicílio e pela satisfação resultante do bem-estar do familiar. Poder visitá-lo com frequência, também é factor de satisfação, já que assim matam saudades, verificam se está tudo bem e mimam o familiar com a sua presença e pequenos cuidados.

- **L1:** *Se eu estivesse aqui com aqueles problemas, já tínhamos morrido todos.* **L3:** *Ê vou lá dois, três vezes por semana, agarro no carro, vou (...) Em termos de higiene, de alimentação, de tudo, é do melhor;* **L4:** *Ê já andava aí de rastos. Já estava tão cansada (...) Vou, vejo como ele está, dou-lhe o lanchi.*

Ao analisarmos o quadro seguinte verifica-se que a sobrecarga é referida em todas as situações (AD e Lar), enquanto o alívio é assumido pelos CI na situação de Lar (4) e apenas por 3 em AD. Este facto, como já foi referido, relaciona-se com a contínua prestação de cuidados na situação AD e pela diluição destes na situação de Lar.

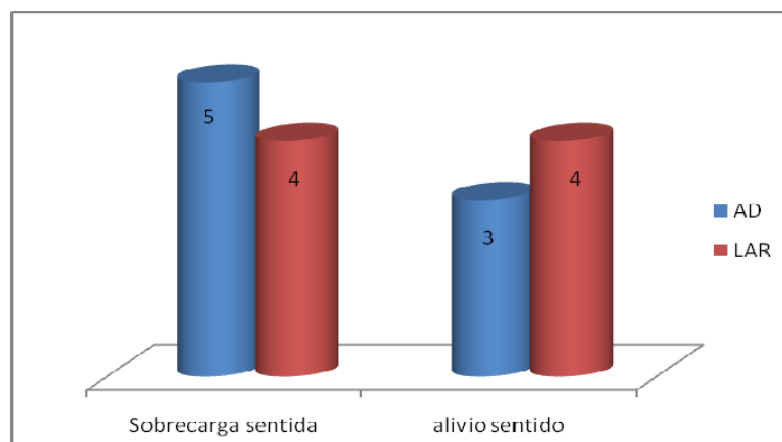


Gráfico n.º 5 - Avaliação dos processos de acomodação

### 4.3. As representações da velhice e o futuro dos idosos

A velhice, em termos sociais e individuais tem sido representada de várias formas, de acordo com a época e com as diferentes culturas. Nas sociedades contemporâneas, a tendência tem sido para desvalorizar esta fase da vida, através de “representações sociais predominantemente negativas” (Pimentel, 2006, p541).

87

Nas situações analisadas verificou-se que esta postura era essencialmente atribuída à sociedade em geral e ao estado em particular, fundamentada com acusações graves quanto ao desrespeito deste pelos direitos dos idosos e à falta de apoios que lhes permitam ter uma velhice decente. A crise económica que se atravessa é aliada ao desinteresse das entidades públicas pelos idosos, para justificar o egoísmo com que os governantes desempenham a sua função, só pensando nos seus próprios interesses.

A velhice não é assumida como etapa importante para a sociedade em geral, que a desvaloriza. Não há investimento no sentido de proporcionar uma velhice confortável e que mereça ser vivida com alegria. (*O estado investe? (...) Não. Nem vai investir, com certeza AD2*). O futuro dos idosos surge assim envolto em incerteza, apresentando-se numa perspectiva negativa e desmotivante.

#### 4.3.1. As representações da velhice e a responsabilidade familiar

Relativamente ao idoso dependente, foi transmitido que ele é acarinhado e valorizado no seu percurso de vida, apesar da sobrecarga que possa representar para o CI. A imagem que este transmite do familiar é o resultado dos vários sentimentos envolvidos (afectos, conflitos, sobrecargas, a



personalidade do idoso em sintonia ou confronto com a do cuidador), em representações que resultam, ou reflectem, o grau de intimidade e de proximidade que existe entre ambos.

O pensamento transmitido pelo CI, face ao seu familiar dependente, surge como “um exemplo do reconhecimento de toda uma trajectória de vida, que justifica a existência de um sentimento de admiração, que não é apagado perante a existência de um quadro de demência” (Pimentel, 2006, p544) ou de qualquer outro quadro clínico que origine situações de grande dependência. A responsabilidade familiar é assumida.

- **AD2:** *Eu encaro que é uma responsabilidade muito grande. A minha vida foi toda alterada. Está tudo em função dele.*
- **AD3:** *Ela chama muito e então acalma muito quando eu chego ao pé dela.*
- **AD5:** *Eu e o meu irmão vamos fazer os possíveis para que eles (pais) tenham aquilo que a gente possa fazer.*
- **L2:** *Obrigação...todos temos, de tratar dos nossos. Mas as vidas, às vezes, não permitem tratar deles.*

Individualmente, não foi demonstrada muita abertura para falar sobre a velhice. As opiniões recolhidas transmitem maioritariamente representações negativas e pessimistas. Não é considerada uma etapa agradável ou gratificante da vida.

- **L2:** *Como tenho lá a minha mãe, é um espelho p'ra gente, não é? (...) Eu estou ali a ver a minha mãe ...*
- **L3:** *Sabe o qu'ê digo muitas vezes às 'nhas filhas já? (...) “quando a mãe lá chegar, s'a mãe e o pai lá chegar, arranjem logo um cantinho para a mãe e para o pai...”. Elas ã podem deixar de fazer a vida delas p'ra tomar conta de mim e do pai.*

88

A velhice é entendida como um período de dificuldades, de carências, de solidão e de tristeza. Se a autonomia de vida não existir, então será um período que não justifica ser vivido:

- **L1:** *Desejo a morte, há muito tempo que o meu desejo é morrer.*
- **L4:** *Eu não gostava de ser mais velha. Eu não gostava de dar fezes. Enquanto pudemos assear o nosso corpinho enfim, mas quando se chega a uma coisa dessas isso é viver? Sem apoio... a gente fica num cantinho, não é? Ai! Deus nos acuda!*

#### 4.3.2. Perspectivas acerca do futuro dos idosos

De um modo geral a perspectiva que nos foi transmitida por cada CI sobre o futuro dos idosos não é optimista ou de confiança. A preocupação demonstrada foi tanto para os que estão a ser cuidados agora, se ocorrer uma impossibilidade do CI manter o apoio, como para estes, no futuro.

A visão do futuro será a institucionalização ou a precariedade de vida.

- **AD3:** *Vamos as duas para o lar, vou eu e vai a mãe, vamos as duas.*

A hipótese de manutenção da solidariedade familiar, em que os filhos cuidam dos pais não é digna de crédito para estes cuidadores, que consideram serem eles os últimos a poder ainda prestar apoio aos familiares idosos. Os filhos têm a sua própria vida, não a podem prejudicar em favor dos pais. Estes não esperam, nem desejam, que eles o façam, não querem ser estorvo ou empecilho para os filhos:

- **L1:** *Preocupa-me o sofrimento, se não morrer de repente, tenho a certeza que vou para um lar, isso deixa-me triste. Ninguém gosta de sair da sua casa não é? Mas também não sou contra o lar, os filhos não podem ser prejudicados.*
- **L2:** *Quando não puder, quando já estiver dependente, terei que ir para uma Instituição, acho que sim. Agora, a solução é a ida para o lar. O futuro preocupa, pois.*

#### 4.3.3. Como é encarada a responsabilidade do Estado face ao futuro dos idosos

O Estado devia ser mais interventivo e mais perspicaz no modo como avalia as situações dos idosos e como os apoia (ou não). O papel da família devia ser valorizado, tanto na perspectiva do CI, dando-lhe mais condições para desempenhar o seu papel (a nível económico e psicológico), como a nível do idoso, proporcionando-lhe condições para o manter no seu lar, no conforto e na companhia dos seus pertences, evitando assim que, aliado ao sofrimento físico provocado pela doença, acresça o sofrimento psicológico de se sentir despejado da sua casa, da sua família, dos seus vizinhos e amigos:

- **AD2:** *Então porque é que não pensam, as seguranças sociais... se as famílias os têm em casa, se eles estão no meio deles... Porque é muito diferente a pessoa estar no seu meio do que fechado numa Instituição. Porque é que não ajudam mais as famílias? Devia haver formações mesmo para ensinarem as pessoas a viver com estas situações. Deveria haver mais instituições a prestar esses apoios.*

A falta de equipamentos de retaguarda e de profissionais de saúde dificultam o trabalho destes e das famílias, com consequências para ambos.

- **AD1:** *As enfermeiras queixam-se que cada vez há mais doentes e a Segurança Social não ajuda. Perguntam-me porque é que ele não está no Hospital, estando tão mal. Mas eles querem-no lá no Hospital, porventura?*
- **AD2:** *Investir na doença? Não, não temos ninguém com garra! Não temos ninguém que seja capaz de fazer isso.*

O Estado, enquanto entidade responsável pelas políticas de saúde e bem-estar dos idosos, é encarado como incapaz de tomar medidas que permitam resolver ou atenuar o problema actual e fornecer soluções para o futuro:

- **AD1:** *As pessoas, coitadinhas, também não têm possibilidade de comprar o que lhes faz falta! O estado funciona mal? Pessimamente, pessimamente ... não há apoio! Não temos e cada vez está pior.*
- **AD2:** *Eles vão para lá (...) não pensam em beneficiar ninguém (...). Não tenho esperança nenhuma porque eu não vejo ninguém à frente capaz de o fazer. Há muita podridão lá dentro, já chegámos à estaca zero (...). Pregam muito na altura das eleições mas não, não vão fazer.*
- **L3:** *O governo não suporta, não tem dinheiro*

Estas famílias, não querendo sobrecarregar os filhos com a sua dependência, esperam apenas que se mantenham os laços de afectividade familiar e que não sejam abandonados. Eles têm a convicção que são a última geração de cuidadores e que, futuramente, essa tarefa passará para organismos especializados.

## CONCLUSÕES

Apesar das alterações que se têm verificado a nível da estrutura familiar e das diferentes opiniões sobre o modo como a mesma se desenvolve, se organiza e “protege” os seus membros, a nossa conclusão é que a família continua a ser o alicerce e o suporte, primeiro e último, de todo o ser humano, sendo o género feminino o que mais apoia. Estas conclusões reflectem o resultado de outros estudos já efectuados anteriormente.

Mas não é suficiente haver consenso acerca desta situação: importa fazer prática das condições necessárias para que assim ocorra.

O envelhecimento populacional que se verifica actualmente vai provocar um aumento progressivo de idosos dependentes, pela fragilidade biológica e surgimento de doenças inerentes à idade. A ausência de respostas adequadas a esta problemática permitirá a existência de muitas situações sem condições dignas de vida, se não tiverem apoio de retaguarda. Mais do que prolongar a vida é preciso dar-lhe qualidade.

Ao debruçar-me sobre a problemática do envelhecimento, sobre a envolvente familiar face às situações que daí decorrem e, sobretudo, ao papel desempenhado pela mulher cuidadora, muitas vezes já em adultez tardia avançada, o sentimento que emergiu foi de profundo desajustamento entre as necessidades e as respostas disponíveis. Uma situação de dependência grave num idoso requer apoio imediato, encontrado em primeira instância no seio familiar, haja ou não condições para tal.

91

Apesar das iniciativas pontuais que têm surgido para colmatar as dificuldades relacionadas com as necessidades sentidas pela população idosa e/ou familiares envolvidos, quando ocorre uma situação de dependência funcional grave, as consequências da sobrecarga daí resultante não são avaliadas nem existem meios eficazes para as evitar, de forma imediata. A resposta formal não funciona, a sobrecarga física e psicológica do CI principal é inevitável.

A análise dos dados recolhidos permite-nos concluir que:

1 – O CI desenvolve acomodações sucessivas ao longo do seu percurso de cuidador, para gerir da forma menos pesada essa responsabilidade.

Estas acomodações surgem de forma imediata, face à urgência da solução para o problema que se apresenta ou de forma mediata, para resolver problemas que surgem posteriormente e que podiam nem ser previsíveis no início da actividade de cuidador.

2 – A actividade de cuidador revela-se ambivalente:

- a) Como uma sobrecarga física e psicológica muito pesada nalguns casos, provocando a falência orgânica e psíquica do CI, exigindo cuidados médicos para o próprio. Podem ainda provocar consequências irreversíveis na sua saúde, a reflectirem-se na sua própria velhice.
- b) Como uma actividade gratificante, que fortalece os laços afectivos entre CI e idoso, funcionando como uma dádiva, que proporciona conforto e bem-estar a ambos.

3 - A responsabilidade familiar existe, provocando a necessidade do CI zelar pelo bem-estar do idoso dependente, seja no apoio domiciliário ou na Institucionalização. A travessia que o CI tem que fazer quando institucionaliza o familiar dependente, por vezes é longa e emocionalmente dolorosa:

- a) No cuidado directo tem sobrecargas e alívios mas acompanha a situação 24 sobre 24 horas, zelando pelo seu conforto;
- b) Quando institucionaliza, perde o sossego da observação directa, o conforto da companhia e a satisfação do familiar por permanecer no seu “canto”. Por outro lado adquire:
  - A incerteza sobre a situação do familiar a cada momento;
  - A “culpa” por o ter retirado do seu lar;
  - A “culpa” por não ter condições para lhe proporcionar o apoio necessário;
  - A “culpa” moral e o receio da crítica social e/ou familiar por o ter institucionalizado.

Procurando ultrapassar a dor da separação e mitigar a “culpa”, visita, acarinha e mima o familiar no lar, abafando a tristeza e valorizando os cuidados adequados que a instituição proporciona.

A família assume essa responsabilidade de cuidar por amor ao idoso ou por ausência de alternativa. Isto representa uma fonte de significativa economia de recursos públicos e não pode ser encarado socialmente como um trabalho invisível, sem direito a contrapartidas. Não basta dizer que a família é o apoio mais adequado para a população idosa e que esse papel de solidariedade faz parte das responsabilidades familiares. Face às dificuldades detectadas, é preciso proporcionar-lhe condições, valorizando económica e socialmente o trabalho da mulher, quando esta decide, de forma voluntária ou não, apoiar o familiar. É necessário haver ajuda imediata exterior, quando necessário, sem correr o risco da sobrecarga do CI levar à exaustão total, porque esta vai-se reflectir no cuidado prestado e pode provocar a institucionalização do idoso.

Mas não é suficiente dizer que a família é o apoio mais adequado para a população idosa e que esse papel de solidariedade faz parte das responsabilidades familiares. Pretende-se fazer sentir a necessidade de adoptar políticas sociais que, de forma consertada entre os diversos sectores envolvidos (saúde, habitação, equipamentos sociais e outros), proporcionem aos idosos e famílias cuidadoras condições de manutenção do quadro familiar solidário.

Se a política pública é marcada pela contenção nas despesas, é urgente mostrar, com base em estudos empíricos, que é mais rentável para o Estado incentivar o apoio às famílias cuidadores, proporcionando-lhes condições funcionais que permitam a manutenção dos idosos no seio familiar. A alternativa à oferta formal insuficiente, à escassez de meios económicos para institucionalizar e a relutância em aceitar esta como projecto de vida, encontra-se no apoio familiar.

Por outro lado, há bens que não têm preço e que não podem ser considerados objectos de troca. São exemplo disso “cuidados de saúde e, mais geralmente, todos os actos realizados em nome da solidariedade e não em nome do lucro. A saúde, a educação, (...) a cultura são bens mas o seu valor não pode ser definido. Num mundo gerido por economistas, é grande o risco de reduzir a importância desses sectores, visto que, embora não tenham valor, eles têm um custo (...) elevado” (Jacquard, 2004, p35).

Para as situações em que é de todo impossível encontrar resposta adequada no seio familiar, é fundamental que exista a alternativa “institucionalização”. Também aqui, é necessário investir para que estas instituições deixem de ser encaradas como o lugar onde se colocam os idosos à espera duma morte indigna e funcionem como prolongamento do lar familiar, com boas condições físicas e humanas.

Fica o desejo de que a investigação nesta área seja profícua e possa concorrer para minimizar as sobrecargas, facilitar as acomodações, permitindo a manutenção dos laços familiares e um fim de vida digno à população idosa. “A avaliação das políticas sociais é fundamental para a decisão e obtenção de mais-valias para o bem comum”, (Moreira, 2007, p113).

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico nº 1:</b> Valência Apoio Domiciliário/Doença.....	62
<b>Gráfico nº 2:</b> Valência Lar/Doença .....	62
<b>Gráfico nº 3:</b> Factores condicionantes da tomada de decisão.....	67
<b>Gráfico nº 4:</b> Avaliação da tomada de decisão .....	82
<b>Gráfico nº 5:</b> Avaliação dos processos de acomodação .....	87

## Abreviaturas

**AD** – Apoio domiciliário  
**AD1** – Entrevista nº. 1, Apoio Domiciliário  
**AVC** – Acidente Vascular Cerebral  
**AIVD** – Actividades Instrumentais de Vida Diária  
**AVD** – Actividades de Vida Diária  
**CI** – Cuidador informal  
**DGS** – Direcção Geral de saúde  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**IPSS** – Instituição Particular de Segurança Social  
**L1** – Entrevista nº. 1, Lar  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**ONU** – Organização Nações Unidas  
**PAII** – Programa Integrado de Apoio a Idosos  
**PNS** – Plano Nacional de Saúde  
**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
**UAI** – Unidade de Apoio Integrado

## BIBLIOGRAFIA

1. **ADVITA**, Envelhecimento e Dependências: respostas da sociedade. A família e os Prestadores de cuidados informais, disponível em [www.advita.pt/index.php](http://www.advita.pt/index.php), acesso a 23/02/2008
2. **ADVITA**, Sentimentos e Emoções do Cuidador/Cuidar e ajudar a cuidar, disponível em [www.advita.pt/index.php](http://www.advita.pt/index.php), acesso a 23/02/2008
3. **Alarcão, Madalena**, (2000), (des) Equilíbrios Familiares, 2000, Quarteto Editora, Coimbra
4. **Almeida, Ana Nunes**, (2003), Reconfigurações familiares: Portugal na Europa, disponível em [www.janusonline.pt](http://www.janusonline.pt), acesso a 26/03/2008
5. **Amorim, Amílcar**, (1993), Introdução às Ciências Sociais, Estante Editora, Aveiro
6. **Alves, Paola Biasoli**, (1997), A ecologia do desenvolvimento humano, **scielosp-Psicol. Reflex. Crit. vol.10 n.2**, disponível no site [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso a 15/09/2008
7. **Amaro, Fausto**, Introdução à Sociologia da Família, (2006), UTL/ISCSP, Lisboa
8. **Anaut, Marie**, (2005), A Resiliência: ultrapassar os traumatismos, Coleção: *Psicológica de Bolso*, Climepsi editores
9. **Barata, Óscar Soares** (1974), Introdução às Ciências Sociais, Vol. 1, Venda Nova, Bertrand Editora
10. **Barata, Óscar Soares** (1990), Introdução às Ciências Sociais, Vol. 2, 3ª ed. Venda Nova, Bertrand Editora
11. **Barbosa, George Souza**, (2006), Resiliência psicológica, Revista Papiro, ano 9-n.º 34/Abr-Mai-Jun2008, disponível no site [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso a 15/09/2008
12. **Bardin, Laurence**, (1988), Análise de conteúdo, 3ª Edição, Edições 70, Lisboa
13. **Bee, Helen**, (1997), O Ciclo Vital, Artmed Editora, Porto alegre, Br.
14. **Bell, Judith**, (1997), Como Realizar um Projecto de investigação, Gradiva, Lisboa
15. **Brito, Luísa**, (2002), A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos, Quarteto, Coimbra
16. **Bronfenbrenner, U.**, (1989), Ecological system theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso a 15/09/2008
17. **Bronfenbrenner, U.**, (1996) *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planeados*. Porto Alegre, Artes Médicas
18. **Cabrillo, Francisco, Cachafeiro, M. Luisa**, (1990), *A Revolução Grisalha*, Planeta Editora, lda., Lisboa
19. **Caldas, Célia Pereira**, (2003), Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família, Cad. Saúde Pública vol. 19, n. 3, Rio de Janeiro, disponível em <http://www.scielosp.org/scielo>, acesso em 28/11/2007
20. **Camargo, Célia**, (2008). Teoria Cognitivista de Jean Piaget, Psicologia do Desenvolvimento, disponível em [www.celiacamargo.com](http://www.celiacamargo.com), acesso em 13/09/2008
21. **Campos, Augusto**, (2007), [Burnout: Lidando com o esgotamento pessoal no ambiente de trabalho](http://www.efetividade.net/2007/11/05/burnout-lidando-com-o-esgotamento-pessoal-no-ambiente-de-trabalho/), disponível em [www.efetividade.net/2007/11/05/burnout-lidando-com-o-esgotamento-pessoal-no-ambiente-de-trabalho/](http://www.efetividade.net/2007/11/05/burnout-lidando-com-o-esgotamento-pessoal-no-ambiente-de-trabalho/) - 58k, acesso 15/09/2008
22. **Caramés, Antía P., et al**, (2008), CFR Conference, "Family Diversity and Gender", 9-13/09/2008, ISCSP/UTL, Lisboa
23. **Carmo, Hermano e Ferreira, Maria Malheiro**, (1998) Metodologia de Investigação - Guia para auto-aprendizagem, UA, Lisboa
24. **Casara, Miriam B.**, in Osório, A. Requejo, Pinto, Fernando Cabral, (2007), *As Pessoas Idosas*, Instituto Piaget, Lisboa



25. **Cattani, R., Girardon-Perlini, N.M.Oliveira, (2004)**, Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares, Revista Elet. De Enfermagem, v.06, n. 02, disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br), acesso em 17/06/2008
26. **Cortez, Mariana Grazina, (1995)**, Educar no Feminino e Masculino, Separata da Revista Estudos Políticos e Sociais, UTL/ISCSP, Lisboa
27. **Cotovio, Vítor Viegas, (2000)**, O ser e o estar na velhice – da Existência e da Ética, pp 189-194, Hospital Júlio de Matos, Lisboa
28. **Eco, Umberto, (1988)** Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas, Editorial Presença, Lisboa
29. **Esteves, António Joaquim, (1995)**, Jovens e Idosos – Família, Escola e Trabalho, Ed Afrontamento, Porto
30. **Fernandes, Ana Alexandre.** Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia N. 36* Oeiras Set. 2001, disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo> ISSN 0873-6529, acesso 04-02-2008.
31. **Fernandes, Ana Alexandre**, in QUARESMA, Lourdes, et all, (2004), O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência, CESDET, Lisboa
32. **Fernandes, Ana Alexandre, (2007)** Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001), *Análise Social*, vol. XLII (183), p419-443, disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo>, acesso em 17/03/2008
33. **Figueiredo, Daniela (2004)**, Cuidados Familiares, Cuidar e ser Cuidado, in Envelhecer em Família, Editora Âmbar, Porto
34. **Figueiredo, Daniela (2007)**, Cuidados familiares ao idoso dependente, Climepsi Editores, Lisboa
35. **Foddy, William, Como Perguntar, (1996)**, Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários, Celta Editora, Oeiras
36. **Franco, J., (2007)**, Cuidador Familiar: um personagem muitas vezes esquecido, Arquivo: Mais Saúde, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 17/10/2007
37. **Gallimore, R., Weisner, T., KAUFMAN, S. & BERNHEIMER, L., (1989)** The Social Construction of Ecocultural Niches: Family accommodation of Developmentally Delayed Children. *American Journal on Mental Retardation*, 94: 216-230
38. **Ghiglione, R e Matalon, B, (1997)**, O inquérito. Teoria e prática, Celta Editora, Oeiras
39. **Giddens, A., (1995)**, As Consequências da Modernidade, Celta Editora, Oeiras
40. **Giddens, A., (1996)**, \_Novas regras do método sociológico, Gradiva, Lisboa
41. **Godet, M, (2007)**, Envelhecimentos, actividades e territórios, in Communiqué de presse des conférences de Michel Godet, Octobre 2007, disponível em [www.presse-fr.com/author/bourdouleix](http://www.presse-fr.com/author/bourdouleix), acesso em 10/12/2007
42. **Gonçalves, Lucia, Silva, Yolanda e Pfeiffer, Susan, (1996)**, O cuidado do Idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar, *Ver Cogitare Enferm.*, v.1, n. 2, p 39-49, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 17/06/2008
43. **Gonçalves, Luciana Oliveira, (2002)**, Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na CEFUVI, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 04/09/2008
44. **Guimarães, Liliana AMG, & Cardoso, Wilma LCD, (2003)**, Actualizações sobre a Síndrome de Burnout, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 10/10/2007
45. **Gubrium, Jaber F. and Holstein, James A., (2003)**, *Ways of Aging*, Blackwell Publishing Ltd, USA
46. **Guimarães, Rui Campos, Cabral, José A. Sarsfield, (1997)**, Lisboa, Estatística, Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda., Lisboa

47. **Imaginário, Cristina**, (2004), O idoso dependente em contexto Familiar, Edição FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., Coimbra
48. **INE**, (1999), As gerações mais idosas, Série de Estudos n.º 83, INE, Lisboa
49. **INE**, Act27, Principais tendências evidenciadas pelos resultados provisórios dos Censos 2001 na população, disponível em <http://alea-estp.ine.pt>, acesso a 23/02/2008
50. **INE/DECP**, Act29, síntese da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, 2002, disponível em <http://alea-estp.ine.pt>, acesso a 07/02/2008
51. **INE**, Act48, As mulheres constituem a maioria da população residente, p1-6, disponível em <http://alea-estp.ine.pt>, acesso a 08/09/2008
52. **INE**, Act29, O Envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas, p1-6, disponível em <http://alea-estp.ine.pt>, acesso a 04/02/2008
53. **Jacquard, Albert**, (2004), Lições de ecologia humana, Da angústia à esperança, Instituto Piaget, Lisboa
54. **Jani-Le Bris, H.**, (1994, Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias, Conselho Económico e Social
55. **Jáuregui, G.**, (2001), Los limites del papel de la familia, el estado y la iniciativa social”, disponível em [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos), acesso a 28/11/2007
56. **Jorge, Susana Isabel Marques**, 2007, Acomodação em famílias com crianças multideficientes, dissertação de Mestrado em Psicologia, (policopiado), UP/FPCE, Porto
57. **Karsch, U.**, (1998), Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores. EDUC, São Paulo, Br.
58. **Lacan, Jacques**, 1978, A Família, Assírio & Alvim, Lisboa
59. **Lage, M. I.**, (2004), Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes, Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, n. 5, ISPA, p 749-756, Lisboa
60. **Lage, Isabel**, (2005), Cuidados familiares a idosos, in **Paúl, Constança e Fonseca, A. M.**, (2005), Envelhecer em Portugal, Psicologia, saúde e prestação de cuidados, Climepsi Editores, Lisboa
61. **Lawton et all**, (1989), Caregiving Appraisal in **Martin, I., Paul, C., Roncon, J.**, (2000), Estudo de Adaptação e Validação de Escala de Avaliação de Cuidado Informal, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 1 (1), 3,9, ISSN (Versión impressa): 1645-0086, Portugal
62. **Lazarus, Richard**, (1979) Personalidade e Adaptação, Trad Álvaro Cabral, 5ª Ed. Zahar Edit, Rio de Janeiro
63. **Lazarus, Richard**, (1991), Phychological Stress and Coping Process. New York: McGraw Hill.
64. **Lazarus, R., Folkman, S.**, (1984), Stress, Appraisal and Coping, New York: Springer
65. **Machado, Gabriela**, (2007), Instituir sem Institucionalizar: Contributo para a permanência do idoso em domicílio, dissertação de mestrado em Ecologia Humana, (policopiado), UNL/FCSH, Lisboa
66. **Machado, Paulo** (2003), O envelhecimento e a velhice em Portugal disponível em [www.Janusonline.pt](http://www.Janusonline.pt), acesso em 23/02/2008
67. **Martin, I., Paul, C., Roncon, J.**, (2000), Estudo de Adaptação e Validação de Escala de Avaliação de Cuidado Informal, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 1(1), 3,9, ISSN (Versión impressa): 1645-0086, Portugal
68. **Martins, Edna**, (2004), A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias, *Estud. pesquis. psicol. v.2004 n.1 Rio de Janeiro, scielo*, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 14/09/2008

69. **Martins, Rosa M. Lopes**, (2006), Envelhecimento e Políticas Sociais, O Idoso na Sociedade Contemporânea, pp 126-140, disponível em [www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf), acesso em 21/07/2008
70. **Martins, Rosa M. L.**, s/d, Envelhecimento e Políticas Sociais, O Idoso no Contexto Familiar, Revista Educação Ciência e Tecnologia, 32, pp 126-140, ESS/ISPV, Viseu
71. **Martins, T, Ribeiro, J.P., & Garrett, C**, (2003), Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 4 (1), 131, 148, Portugal
72. **Moreira, C. Diogo**, (2007), Teorias e Práticas de Investigação, ISCSP, Lisboa,
73. **Moreira, C. Diogo**, (1994), Planeamento e Estratégias da Investigação Social, ISCSP, LISBOA
74. **Moreira, Isabel M.P. Borges**, (2001), O Doente Terminal em Contexto Familiar, Edição FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., Coimbra
75. **Moreira, Paulo K.**, (2007), Políticas de Saúde, Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto
76. **Nazareth, J. Manuel**, (1979), O Envelhecimento da População Portuguesa, Editorial Presença, Lisboa
77. **Nazareth, J. Manuel**, (1982), Explosão Demográfica e Planeamento Familiar, Editorial Presença, Lisboa
78. **Nazareth, J. Manuel**, (2004), Demografia – A ciência da população, Editorial Presença, Lisboa
79. **Osório, A. Requejo, Pinto, Fernando Cabral**, (2007), As Pessoas Idosas, Instituto Piaget, Lisboa
80. **Paúl, Maria Constança**, (1997), Lá para o fim da Vida - Idosos, família e meio ambiente, Livraria Almedina, Coimbra
81. **Paúl, Constança e Fonseca, A. M.**, (2005), Envelhecer em Portugal, Psicologia, saúde e prestação de cuidados, Climepsi Editores, Lisboa
82. **Pereira, Micael**, (2004), Isolamento e Resiliência, in O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a Solidão e a Dependência, CESDET, Lisboa
83. **Pessoa, Fernando**, O Eu profundo e os outros Eus, p 108, Edit Nova Fronteira, disponível em [www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br), acesso em 13/11/2008
84. **Pimentel, Luísa**, (2008), Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar, VI Congresso Português de Sociologia, FCSH/UNL, Lisboa
85. **Pimentel, Luísa**, (2005) O lugar do Idoso na Família, Contextos e Trajectórias, Quarteto, Coimbra
86. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, (2000), 1(1), 3,9, Martin, I., Paul, C., Roncon, J., (2000), Estudo de Adaptação e Validação de Escala de Avaliação de Cuidado Informal ISSN (Versión impressa): 1645-0086, Portugal
87. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, 4 (1), 131, 148, Martins, T, Ribeiro, J.P., & Garrett, C, (2003), Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais, Portugal
88. **Pais-Ribeiro, José, e Santos, Carla**, (2001), Estudo Conservador de adaptação do “Ways of Coping Questionnaire” a uma amostra e contextos portugueses, Análise Psicológica, 4 (XIX): 491-502, disponível em [www.scilo.oces.mctes.pt](http://www.scilo.oces.mctes.pt), acesso a 11/01/2008
89. **Quaresma, M. Lurdes**, (1996), Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas, WP n.º 93/24/PT, 1993, DGAS, Lisboa
90. **Quaresma, Maria de Lourdes, Fernandes, Ana, Calado, Dinah, Pereira, Micael**, (2004), O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a Solidão e a Dependência, CESDET, Lisboa

91. **Quivy, R., e Campenhoudt, L.**, (1992) Manual de Investigação em Ciências Sociais, Gradiva-Public, Lisboa
92. **Relvas, A. Paula**, (2004), O ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica, Ed Afrontamento, Porto
93. **Roberta Satow, PH. D.**, (2007), Cuidar dos Nossos Pais, Ed Estrela Polar/Oficina do Livro, Cruz Quebrada, Lisboa
94. **Shorter, Eduard**, (1995), A Formação da Família Moderna, Terramar, Lisboa
95. **Silva, A. Santos, Pinto, J. Madureira**, (1987), Metodologia das Ciências Sociais, Ed. Afrontamento, Porto
96. **Sousa, Liliana, Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida**, (2004) Envelhecer em Família, Edit Ambar, Porto
97. **Sousa, Liliana**, (2004), Ciclo de Vida, in Envelhecer em família, Edit Ambar, Porto
98. **Souza, Marilza, Teresinha S.**, (2006), Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica, Revista Interamericana de Psicologia – 2006, Vol. 40., Num 1, pp 119-126, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso a 06/12/2007
99. **Skinder, Robin; Cleese, John** (1990),\_Famílias e como (sobre)Viver com elas. Porto, Edições Afrontamento
100. **Tafner, Malcon**, (2008), A construção do conhecimento segundo Piaget, disponível em [www.cerebromente.org.br](http://www.cerebromente.org.br), acesso em 12/09/2008
101. **Tamer, N. Liliana**, in **Osório, A. e Pinto, Cabral**, (2007), As Pessoas Idosas, Instituto Piaget, Lisboa
102. **Vala, Jorge**, 1987, A Análise de Conteúdo, in Silva, A. Santos, Pinto, J. Madureira, Metodologia das Ciências Sociais, Ed. Afrontamento, Porto
103. **Varela, Antunes**, (1993), Direito da Família, 3ª Edição, Livraria PetronY, Lisboa
104. **Vaz, M Ester**, et all, (2004), Actas do V Congresso Português de Sociologia, “Estudos sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares”, disponível em [www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628ec1611194\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628ec1611194_1.pdf), acesso a 04/02/2008
105. **Wikipédia**, acomodação, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 13/09/2008
106. **Wikipédia**, burnout, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 18/09/2008
107. **Wikipédia**, envelhecimento, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 04/02/2008
108. **Wikipédia**, geriatria e gerontologia, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 04/02/2008
109. **Wikipédia**, resiliência, disponível em [www.google.pt](http://www.google.pt), acesso em 15/09/2008

## ANEXOS

## GRELHAS

## Anexo 1 – Guião de entrevista /AD

## Cuidadores que tomaram a decisão do apoio domiciliário

**OBJECTIVO:** Recolher informação, baseada nos relatos do cuidador, sobre a tipologia das acomodações familiares que se verificaram, face à situação de dependência do idoso

BLOCOS	DOMINIOS DE INQUIRição	TEMAS A ABORDAR / PERGUNTAS A EFECTUAR
I – Utilidade do estudo, legitimidade da entrevista, motivação do inquirido	1 - Justificar a entrevista e motivar o inquirido	1- Informar o inquirido sobre o objectivo da entrevista e da investigação 2- Motivar e valorizar a colaboração do inquirido 3- Garantir confidencialidade das respostas obtidas 4- Obter autorização para gravação áudio
II – Caracterização do núcleo familiar	1 – Obter dados gerais sobre a família cuidadora	1. Saber como é composta a família: Quantos elementos tem e idade de cada um 2. Saber qual a actividade profissional dos membros activos 3. Saber as habilitações literárias de cada membro (incluindo idoso dependente) 4. Saber sobre os tempos de lazer da família 5. Saber se há rede familiar exterior e quem a compõe
	2 – Obter dados gerais sobre o idoso, antes da dependência	1. Saber como era a rede familiar, vizinhança e amigos 2. Saber se tinha ocupações de lazer e quais 3. Saber sobre a zona residencial e condições habitacionais
III – A situação de dependência do idoso: história e tomadas de decisão face à mesma	1 – Obter dados gerais sobre as responsabilidades familiares, face à situação de dependência	Saber como é sentida a responsabilidade familiar face à dependência dos idosos: 1. Uma obrigação familiar 2. Uma sobrecarga nas actividades domésticas 3. Uma sobrecarga psicológica 4. Uma sobrecarga económica 5. Uma gratificação pelos cuidados prestados 6. Uma acomodação face à situação inevitável 7. Existe apoio da rede familiar 8. Qual o impacto da situação de dependência sobre a família
	2 – Obter dados gerais sobre a situação objectiva da dependência: o início e o prognóstico	Saber como surgiu a dependência, quando surgiu e qual o prognóstico 1. Saber se foi uma situação de dependência súbita ou progressiva 2. Saber quando aconteceu, data de início 3. Saber qual a evolução da dependência (inicial e actual) 4. Saber qual o prognóstico clínico (situação temporária ou definitiva)
	3 – Obter dados gerais sobre a tomada de decisão quanto ao que foi feito, no momento em que ocorreu a situação de dependência - timing, agentes, razões para a tomada de decisão, impacto da decisão	1. Saber sobre o momento da decisão 1.1. Quando foi tomada a decisão 1.2. Quem decidiu (a família, o próprio ou ambos) 2. Saber as razões ou contexto da decisão: 2.1. Grau de dependência 2.2. Prognóstico de recuperação 2.3. Situação familiar (c/sem rede apoio) 2.4. Situação económica do idoso 2.5. Situação económica da rede familiar 3. Saber qual o impacto da decisão



IV- Acomodações do núcleo familiar, face ao idoso dependente	1 - Obter dados gerais sobre o impacto das actividades domésticas e papéis familiares	Saber sobre o impacto das actividades domésticas 1. Quem é o responsável pelas tarefas diárias; 2. Saber se há partilha familiar das actividades domésticas 3. Saber se houve redistribuição de papéis, face à dependência (alteração de rotinas diárias) 4. Saber se há sobrecarga de actividades domésticas, horário e tarefas 5. Saber se há rede familiar externa a prestar apoio (família alargada) 6. Saber se há rede de vizinhança, amigos ou outros a prestar apoio (rede de contactos)
	2 - Obter dados gerais sobre o impacto nas actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	Saber sobre o impacto nas actividades profissionais e/ou de subsistência familiar 1. Saber se houve alteração ou adequação de rotinas profissionais por parte de algum membro da família 2. Saber a reacção da entidade patronal face à situação familiar do funcionário 3. Saber se houve e há constrangimentos económicos, motivados pela situação de dependência
	3 - Obter dados gerais sobre o impacto nas adaptações e opções do espaço físico doméstico	Saber sobre o espaço físico habitacional 1. Saber se houve adequação de acessos ou espaço 2. Saber se houve redistribuição familiar no espaço 3. Saber de outras necessidades sentidas
	4 - Obter dados gerais sobre as redes de convívio e actividades lúdicas	Saber qual o impacto da situação de dependência nas rotinas de lazer ou convívio no núcleo familiar: 1. No seio da rede familiar interna e externa 2. Na rede de vizinhos e amigos 3. Nas actividades lúdicas exteriores
	5 - Obter dados gerais sobre os cuidados de higiene e bem-estar prestados ao idoso	1. Saber se houve adaptações para a higiene diária do dependente 2. Saber o que é feito para o conforto físico do dependente (locomção, estabilização ou movimentação no leito)
	6 - Obter dados sobre a alimentação do idoso dependente	1- Saber se houve alteração de rotinas alimentares - novos horários 2- Saber se houve alteração no tipo de alimentação consumida pelo dependente 3- Saber se a alimentação é confeccionada em casa ou fornecida do exterior
	7 - Obter dados sobre os cuidados de lazer e bem-estar proporcionados ao idoso	1. Saber que actividades lúdicas são proporcionadas ao dependente: - Leitura, conversa, televisão, convívio...
	8 - Obter dados sobre a existência de apoio ao idoso dependente, exterior à família	1. Saber se há redes de apoio exterior a ajudar e se sim quem é a fonte de apoio principal: a família ou a exterior 2. Se não há apoio exterior, saber porquê 3. Saber se é sentida a necessidade de ter mais apoio e de que tipo
V - Avaliação face à tomada de decisão	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	Saber que constrangimentos provocou a tomada de decisão: 1. A nível económico – a situação económica familiar foi afectada em que sentido 2. A nível psicológico – há sobrecarga psicológica ou gratificação pelos cuidados prestados 3. A nível familiar - há reforço ou quebra dos laços familiares
	2 - Obter dados gerais sobre perspectivas futuras	1. Intenção de manutenção ou alteração da tomada de decisão inicial 2. Saber sobre a capacidade de continuar a prestar apoio 3. Saber sobre a necessidade de mais apoio 4. Saber se a situação de dependência actual do familiar provocou alteração na sua opinião sobre o processo de envelhecimento 5. Saber a opinião sobre o papel do estado quanto aos idosos
VI - Agradecimentos	1 - Concluir a entrevista e agradecer a colaboração prestada	1. Referir a utilidade da entrevista: obter informação para incentivar melhores políticas sociais 2. Prontificar-se a fornecer resultados da investigação, se houver interesse 3. Agradecer a disponibilidade e colaboração prestada

Abril, 2008

## Anexo 2 - Guião de entrevista /LAR

**Cuidadores que tomaram a decisão da institucionalização**

OBJECTIVO: Recolher informação, baseada nos relatos do cuidador, sobre a tipologia das acomodações familiares que se verificaram, face à situação de dependência do idoso

BLOCOS	DOMINIOS DE INQUIRIÇÃO	TEMAS A ABORDAR / PERGUNTAS A EFECTUAR
I – Utilidade do estudo, legitimidade da entrevista, motivação do inquirido	1 - Justificar a entrevista e motivar o inquirido	1. Informar o inquirido sobre o objectivo da entrevista e da investigação 2. Motivar e valorizar a colaboração do inquirido 3. Garantir confidencialidade das respostas obtidas 4. Obter autorização para gravação áudio
II – Caracterização do núcleo familiar	1 – Obter dados gerais sobre a família cuidadora	1. Saber como é composta a família: Quantos elementos tem e idade de cada um 2. Saber qual a actividade profissional dos membros activos 3. Saber as habilitações literárias de cada membro (incluindo idoso dependente) 4. Saber sobre os tempos de lazer da família 5. Saber se há rede familiar exterior e quem a compõe
	2 – Obter dados gerais sobre o idoso, antes da dependência	1. Saber como era a rede familiar, vizinhança e amigos 2. Saber se tinha ocupações de lazer e quais 3. Saber sobre a zona residencial e condições habitacionais
III – A situação de dependência do idoso: história e tomadas de decisão face à mesma	1 - Obter dados gerais sobre as responsabilidades familiares, face à situação de dependência	Saber como é sentida a responsabilidade familiar face à dependência dos idosos: 1. Uma obrigação familiar, 2. Uma sobrecarga nas actividades domésticas, 3. Uma sobrecarga económica, 4. Uma sobrecarga psicológica, 5. Uma gratificação pelos cuidados prestados, 6. Uma acomodação face à situação inevitável 7. Saber se existe apoio da rede familiar
	2 - Obter dados gerais sobre a situação objectiva da dependência: os sinais, o início e o prognóstico	Saber como surgiu a dependência, quando surgiu e qual o prognóstico 1. Saber se foi uma situação de dependência súbita ou progressiva 2. Saber quando aconteceu, data de início 3. Saber qual a evolução da dependência (inicial e actual) 4. Saber qual o prognóstico clínico (situação temporária ou definitiva)
	3 - Obter dados gerais sobre as tomadas de decisão, no momento em que ocorreu a situação de dependência - timing, agentes, conteúdo da decisão, razões para a tomada de decisão, impacto da decisão	1. Saber sobre o momento da decisão 1.1. Quando foi tomada a decisão 1.2. Quem decidiu (a família, o próprio ou ambos) 1.3. O que foi decidido (AD ou Institucionalizar) 2. Saber as razões de contexto da decisão: 2.1. Grau de dependência do idoso 2.2. Prognóstico de recuperação 2.3. Situação familiar (c/sem rede apoio) 2.4. Situação económica do idoso 2.5. Situação económica da rede familiar 3. Saber qual o impacto da decisão
	4 – Obter dados gerais sobre o processo de procura e escolha da Instituição de acolhimento do idoso dependente	1. Saber se houve colaboração familiar e/ou institucional na procura da instituição 2. Saber quem fez a escolha da instituição 3. Saber quais as razões objectivas para a escolha da instituição 3.1. Existência de vaga na Instituição 3.2. Existência de condições gerais, suficientes para dar resposta às necessidades existentes, face ao grau de dependência do idoso 3.3. Valor da mensalidade a cobrar pelo internamento 3.4. Localização face ao domicílio familiar (perto/longe) 3.5. Outras

IV - As acomodações Objectivas do cuidador, face à situação de institucionalização do idoso dependente	1 – Obter dados gerais sobre acessibilidade e disponibilidade para visitas ao idoso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber como é feita a deslocação (transporte próprio ou público) para a instituição</li> <li>2. Saber quanto tempo é dispendido na deslocação até à instituição</li> <li>3. Saber qual a periodicidade das visitas efectuadas e a razão ou motivo da mesma periodicidade</li> </ol>
	2 – Obter dados gerais sobre o impacto nas actividades profissionais e/ou de subsistência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber se houve e há alteração ou adequação nas rotinas profissionais, face à dependência do familiar</li> <li>2. Saber se houve e há sobrecarga económica como resultado da situação de dependência (deslocação à instituição, encargo com mensalidade, encargo com despesas de saúde...)</li> </ol>
	3 – Obter dados gerais sobre o impacto nas relações familiares e bem-estar psicológico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber se há outras obrigações familiares penalizadas face ao apoio prestado ao idoso dependente</li> <li>2. Saber qual o impacto nas relações familiares, face à situação de dependência do idoso institucionalizado (houve aproximação ou afastamento de alguns membros familiares)</li> <li>3. Saber se há sobrecarga psicológica ou gratificação pelo apoio prestado ao familiar dependente</li> </ol>
	4 – Obter dados gerais sobre o impacto nas actividades lúdicas e redes de convívio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber se houve impacto nas rotinas de lazer e bem-estar (ocupação de tempos livres, actividades desportivas, convívio social...)</li> <li>2. Saber se houve alteração na rede familiar ou de convívio</li> </ol>
V - A avaliação das condições institucionais	1 – Obter dados gerais sobre o balanço da situação face ao apoio prestado ao idoso dependente – comodidade e serviços	<p>Saber a avaliação do familiar cuidador sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A acessibilidade permitida ao idoso dependente (horário de visitas)</li> <li>2. A qualidade das condições físicas da instituição</li> <li>3. A eficiência/qualidade dos cuidados informais prestados ao idoso, avaliando: <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. A formação profissional dos cuidadores</li> <li>3.2. A quantidade de cuidadores face ao nº de utentes da instituição</li> <li>3.3. A empatia cuidador/utente</li> </ol> </li> <li>4. A resposta da instituição a nível de actividades lúdicas para e com os utentes</li> </ol>
	2 - Obter dados gerais sobre perspectivas futuras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber da intenção de manutenção da situação de institucionalização ou alteração da situação actual</li> <li>2. Saber razões que possam vir a provocar alteração da situação actual</li> <li>3. Saber como encara o processo de envelhecimento <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. A nível pessoal</li> <li>3.2. A nível geral</li> </ol> </li> </ol>
X - Agradecimentos	1 - Concluir a entrevista e agradecer a colaboração prestada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Referir a utilidade da entrevista: obter informação para melhorar políticas sociais</li> <li>2. Prontificar-se a fornecer resultados da investigação, se houver interesse</li> <li>3. Agradecer a disponibilidade e colaboração prestada</li> </ol>



**Anexo 3 - Caracterização geral das famílias inquiridas (Idoso e CI)**

CÓD ENTREV	ELEM. AGREG FAMILIAR	IDADE IDOSO	GÉNERO IDOSO	SIT DEPEND	PARENT CI	EST CIVIL CI	GÉNERO CI	IDADE CI	SIT PROF CI	OBS
AD1	2	74	M	ACAMADO	ESPOSA	C	F	67	INACTIVO	Casal a residir em conjunto. Filhos adultos.
AD2	2	63	M	ACAMADO	ESPOSA	C	F	60	INACTIVO	Casal a residir em conjunto. Filhos adultos
AD3	2	92	F	ACAMADO	FILHA	V	F	63	INACTIVO	Passou a viver com a filha, quando esta ficou viúva.
AD4	2	85	F	ACAMADO	FILHA	S	F	49	ACTIVO	Filha passou a residir com o pai após falecimento da mãe
AD5	3	91	F	ACAMADO	FILHA	C	F	66	INACTIVO	Passou a viver com a filha, pela dependência. O marido ficou com outro filho
LAR1	4	81	F	CADEIRA RODAS	FILHA	C	F	56	INACTIVO	Filha/CI residia com pais. Idosa em CDia até ir para Lar com o marido, que já faleceu
LAR2	4	69	F	CADEIRA RODAS	FILHA	C	F	49	ACTIVO	Vivia com um irmão. Foi viver c/filha/CI pela dependência. Esteve em CDia até ir para Lar
LAR3	3	85	F	ACAMADO	FILHA	C	F	53	INACTIVO	Vivia sozinha; Esteve internada noutros lares antes deste
LAR4	2	81	M	CADEIRA RODAS	IRMÃ	V	F	75	INACTIVO	Sempre viveu com a irmã, na casa que era dos pais

**Anexo 4 – Grelha para análise de conteúdo/AD**

<b>BLOCOS</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão	1. Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar
		2. Acomodação face à situação inevitável
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente
		4. Gratificação pelos cuidados prestados
	2. Situação de dependência	1. Início da dependência no tempo
		2. Evolução da dependência
		3. Situação actual
	3. Decisão sobre o apoio a prestar - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão AD
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual
		3. Razões da opção AD
		3.1. Grau de dependência
		3.2. Obrigação moral
		3.3. Situação económica
		3.4. Outras razões
II – Acomodações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso	1. Actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	1. Rotinas profissionais
		2. Entidade patronal
		3. Constrangimentos económicos
	2. Afectação das redes de convívio e actividades lúdicas	1. Rede familiar
		2. Rede de vizinhos e amigos
		3. Actividades exteriores do cuidador (lúdicas, saúde)
	3. Actividades e rotinas domésticas	1. Execução das tarefas diárias
		2. Rotinas diárias
		3. Rede familiar externa
		4. Rede de vizinhança, amigos ou outros
	4. Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. O cuidador principal
		2. Higiene diária
		3. Conforto físico
		4. Cuidados alimentares (horários, tipologia)
		5. Actividades lúdicas proporcionadas
		6. Outros
	5. Adaptações do espaço físico doméstico	1. Adequação de acessos e espaço físico habitacional
	6. Apoio exterior prestado ao idoso dependente	1. Apoio exterior prestado ao dependente
		2. Necessidade de apoio exterior suplementar
III – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas sentidas
		2. Afectação dos laços familiares
		3. Gratificação pessoal
		4. Capacidade de resposta exterior, em apoio formal
		5. Manutenção ou alteração da situação actual
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. Visão sobre a problemática do envelhecimento
		2. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional

## Anexo 5 – Grelha para análise de conteúdo/LAR

Anexo 5 – Grelha para análise de conteúdo/LAR		
BLOCOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão	1. Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar
		2. Acomodação face à situação inevitável
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente
		4. Sentimento da gratificação pelos cuidados prestados
	2. Situação de dependência	1. Início da dependência no tempo
		2. Evolução da dependência
		3. Situação actual
	3. Decisão sobre a institucionalização - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual
		3. Razões da opção Institucionalização:
3.1. Grau de dependência/irreversibilidade		
3.2. Indisponibilidade familiar		
3.3. Apoio formal insuficiente		
II – Acomodações do cuidador face à situação de institucionalização	1. Procura e escolha da Instituição	1. Escolha individual ou familiar
		2. Razões objectivas para a escolha da instituição
	2. Acessibilidade à Instituição e ao idoso	1. Meio de transporte utilizado e tempo dispendido
		2. Horário para visitas
		3. Periodicidade das visitas e razão subjacente à mesma
	3. Actividade profissional e/ou de subsistência	1. Rotinas profissionais
		2. Sobrecarga económica
	4. Relações familiares e bem-estar psicológico	1. Afectação de obrigações familiares
		2. Afectação de relações familiares
		3. Sobrecarga psicológica ou gratificação face ao apoio prestado
5. Actividades lúdicas e redes de convívio	1. Rotinas de lazer e bem-estar (ocupação de tempos livres, convívio social...)	
	III – Avaliação das condições institucionais	
	1. Comodidade e serviços	1. Acessibilidade permitida (horário de visitas)
		2. Condições físicas e de equipamento da instituição
		3. Eficiência/qualidade de serviços prestados, avaliando:
		3.1. Qualidade profissional dos cuidadores
		3.2. Quantidade de cuidadores face ao nº de utentes
		3.3. Empatia cuidador/utente
		4. Actividades lúdicas da instituição, para e com os utentes
		IV – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras
1. Balanço da decisão tomada	1. Manutenção ou alteração da situação actual	
	2. Razões apontadas	
2. Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. Visão sobre a problemática do envelhecimento	
	2. Visão sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento	

**Anexo 6 - Grelha de acomodações do CI na situação AD**

<b>COD CAT</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>
1	Acomodações na prestação de cuidados ao idoso dependente	1. Cuidados de higiene 2. Cuidados de subsistência 3. Cuidados de conforto e vigilância 4. Actividades lúdicas
2	Acomodações nas actividades domésticas relacionadas com o idoso	1. Sobrecarga de trabalhos domésticos 2. Adequação de rotinas e horários 3. A prioridade é o familiar dependente 4. Mobilização de recursos
3	Acomodações na adaptação do espaço habitacional	1. Adequação de instalações e espaços 2. Aquisição de equipamento
4	Acomodações nos constrangimentos económicos e profissionais	1. Impossibilidade de trabalhar 2. Flexibilidade de horários 3. Sobrecarga económica
5	Acomodações na rede familiar envolvente	1. Cooperação instrumental 2. Afectação de relações: Estreitamento/Afastamento
6	Acomodações na rede social envolvente	1. Apoio instrumental 2. Privação de actividades 3. Privação de convívio lúdico
7	Acomodações na rede de apoio formal	1. Apoio formal existente 2. Necessidades instrumentais 3. Necessidades apoio emocional

107

**Exemplificação das Categorias de Acomodação para a situação de AD:**

<b>COD</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ACOMODAÇÃO</b>	<b>EXEMPLO</b>
1	Prestação de cuidados ao idoso dependente - AVD	Ajustes feitos pelo CI, na prestação dos cuidados decorrentes da situação de dependência	- Cuidados de higiene - Cuidados de subsistência - Actividades lúdicas
2	Actividades domésticas relacionadas com o idoso - AIVD	Alterações nas rotinas diárias, decorrentes da sobrecarga de trabalho, motivada pela situação de dependência	- Alteração de horários diários - Idas frequentes e rápidas à rua para aquisição de bens
3	Adaptação do espaço habitacional	Adequação do espaço físico doméstico, decorrente da situação de dependência, para torná-lo mais funcional e cómodo	- Colocação de cama articulada - Colocação de ar condicionado
4	Constrangimentos económicos e profissionais	Sobrecarga de despesas ou redução de rendimentos, como consequência da situação de dependência	- Deixar de trabalhar para cuidar - Aumento de despesas gerais
5	Rede familiar envolvente	Afectação das relações familiares, face à situação de dependência, levando ao afastamento ou a aproximação	- A escassez de visitas dos filhos - O tio faz compras diárias
6 –	Rede social	Afectação das redes de convívio de	- A ajuda dos amigos e vizinhos

	envolvente	amigos e vizinhos e diminuição de actividades lúdicas, para estar presente, junto do idoso	- Supressão de actividades - O isolamento
7	Rede de apoio formal	Ajustes decorrentes do apoio formal existente, e necessidades sentidas	- Ao fim de semana não há apoio - Necessidade de apoio técnico

### Anexo 7 - Grelha de acomodações do CI na situação Lar

COD	CATEGORIAS	SUBCATEGORIA
1	Acomodações na acessibilidade ao familiar institucionalizado	1. Periodicidade das visitas e razão da mesma 2. Cuidados prestados ao idoso 3. Empatia na visita - Impacto no idoso e no CI 4. Afectação das rotinas familiares
2	Acomodações na rede familiar envolvente	1. Partilha familiar da responsabilidade 2. Aceitação da institucionalização
3	Acomodações na acessibilidade à Instituição	1. Esforço no acesso 2. Mobilização de meios 3. Disponibilidade horária da Instituição
4	Acomodações nos constrangimentos económicos e profissionais	1. Afectação profissional 2. Afectação económica
5	Acomodações na relação com a Instituição	1. Condições físicas existentes 2. Cuidados prestados ao idoso 3. Gestão de problemas

108

### Exemplificação das Categorias de Acomodação para a situação Lar:

COD	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO DA ACOMODAÇÃO	EXEMPLO
1	Acessibilidade ao familiar institucionalizado	Ajustes efectuados no relacionamento com o familiar institucionalizado	- Vou duas ou três vezes, conforme - Ela não me conhece. Ir lá magoa-me, não ir também
2	Rede familiar envolvente	Afectação das relações familiares entre irmãos, mãe/filha ou outros, face à institucionalização do idoso	- A minha mãe diz-me “má, má”
3	Acessibilidade à Instituição	Ajustes feitos pelo CI, para a deslocação à Instituição e sua frequência	- São 10m de carro - Às vezes vou à boleia
4	Constrangimento s económicos e profissionais	Ajustes económicos e profissionais decorrentes da situação de dependência do idoso	- Com os subsídios emparelha-se a situação - A pensão não dá, nem de perto
5	A relação com a Instituição	O relacionamento com a Instituição, face às condições oferecidas por esta	- Xi! Aquilo é cinco estrelas, - Há pessoas que não são dignas do lugar que ocupam

### Anexo 8 – A dimensão objectiva do processo decisório sobre os cuidados a prestar ao idoso

CATEGORIAS	SUBCATEGORIA
A tomada de decisão sobre o tipo de apoio a prestar	1. Quem tomou a decisão sobre o cuidado a prestar: decisão individual ou familiar
	2. Factores condicionantes da tomada de decisão (tipologia) 2.1. Condição parentesco/coabitação 2.2. Condição dependência 2.3. Condição económica 2.4. Condição física do CI 2.5. Ausência de alternativa
	3. Início (data) da prestação de cuidados
	4. Quadro clínico que originou a dependência

### Anexo 9 – A dimensão subjectiva do processo de prestação de cuidados ao idoso

BLOCO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Dimensão subjectiva da tomada de decisão	1. Avaliação da tomada de decisão	1. Boa consciência moral
		2. Consciência em dúvida – Questionamento moral
		3. O que poderia provocar alteração à situação actual
2. Dimensão subjectiva das acomodações verificadas	1. Avaliação dos processos de acomodação	1. Sobrecarga sentida
		2. Alívio sentido
3. Dimensão subjectiva sobre as representações da velhice e o futuro dos idosos	1. Avaliação das representações da velhice, da responsabilidade familiar e do futuro dos idosos	1. Quais as representações da velhice e da responsabilidade familiar
		2. Como perspectiva o futuro dos idosos
		3. Como encara a responsabilidade do Estado face ao futuro dos idosos

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

## ENTREVISTA AD1 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	<b>1</b> – Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar	Cônjuge/CI é o responsável
		2. Acomodação face à situação inevitável	Tive que deixar de trabalhar, que trabalhava. Disseram-me logo que... pronto ... não tinha solução. Não haveria recuperação.
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço	Não tive qualquer explicação sobre como lidar com a situação, apenas saiu com indicação para se dirigir ao médico de família.
		4. Gratificação pelos cuidados prestados	É a decisão correcta. É melhor cuidado em casa. Se fosse institucionalizado morreria logo por cuidados insuficientes.
	<b>2</b> – Situação de dependência	1. Início da dependência no tempo	Sofreu AVC em Agosto/2007, grave. Sofreu perda de visão, perda de algumas faculdades mentais; ficou com dificuldade em levantar/deitar, higiene pessoa, vestir
		2. Evolução da dependência	Em Dezembro 2007 e Janeiro 2008 teve dois picos de agravamento acentuado; Iniciou tratamento psiquiátrico. Em Março esteve novamente internado por broncopneumonia. Teve alta, acamado, escariado, incontinente urino-fecal, afásico, ausente mentalmente com frequência.
		3. Situação actual	Dependente total dos cuidados de outrem. Acamado, escariado, incontinente urino-fecal, afásico, ausente mentalmente. Situação irreversível com agravamento progressivo. AVC, demência e parkinson
	<b>2</b> – Decisão sobre o apoio a prestar timing, agentes, razões para tomada de decisão	1. Timing da decisão AD	Já não fui trabalhar mais. A decisão de ficar com ele em casa até ao fim, foi uma decisão definitiva, foi logo imediatamente.
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual	Sou só eu. Não pedi a mais ninguém.
		3. Razões da opção:	Naquele estado então ... só quando ele estava violento ainda pensei nisso mas neste momento não. Na situação em que ele estava no início, enchiam-no de medicação para dormir e agora deixavam-no morrer por falta de assistência. Seria matá-lo mais rapidamente.
		a. Grau de dependência	
		b. Obrigação moral	Chamaram-me e disseram-me logo quem é que tomava conta dele? Porque isto ia piorar ... eu disse, sou eu, sou só eu, tenho que deixar de trabalhar. Enquanto tiver capacidade, o marido ficará na casa dele. "Lar, nem pensar". Foi a decisão correcta, não podia ser outra.
		c. Situação económica	Eu estar a trabalhar para pagar é diferente. O rendimento do agregado familiar não dá para pagar a institucionalização. Particulares são muito caros
		4. Outras razões	Em IPSS não há vaga
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso</b>	<b>1</b> – Actividades e rotinas domésticas	1. Execução das tarefas diárias	Sou eu que faço tudo. Eu aspiro, faço tudo. Conjugue, assume todos os cuidados e tarefas
		2. Rotinas diárias	Ultimamente tenho aprendido com elas mas fui fazendo conforme sabia, agora já faço com mais facilidade porque já vejo como elas fazem, ou seja, quando são duas custa muito menos. Chego a ir 3 vezes à rua e 4... Conversa com o marido, faz-lhe carinhos. Acomoda-o, aconchega-o, alimenta-o, higieniza-o.
		3. Rede familiar externa	A filha está na Itália. O meu filho, no outro dia, "ah, eu não vou aí, não sou capaz". A minha irmã vem, dia sim, dia não.

idoso		4. Rede de vizinhança, amigos ou outros	Tenho gente muito amiga mas os amigos é uma coisa e a família é outra! Porque aqui a minha vizinha do lado estava sempre a oferecer-se, da primeira vez que lhe pedi para ir à Caixa, daí a um bocadinho já me estava a telefonar... Porque ele, naquela altura, estava sempre a perguntar por mim, mas ela é que queria ir para a rua e... por isso nunca mais pedi. Tenho uma moça amiga minha, que mora aqui perto, que todos os dias vem para aqui. Vou arranjar o cabelo .... É aqui perto, eu vou, assim que lá chego elas já sabem (...), é rápido.
	2 – Actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	1. Rotinas profissionais	Tive que deixar de trabalhar, que trabalhava...
		2. Constrangimentos económicos	Afectou bastante porque eu ganhava 150 contos e tinha subsídio de férias e subsídio de Natal. Foi ... agora, tendo mais despesa, ainda tive isso a menos. E as despesas agora são muito, muito maiores.
	3 - Adaptações do espaço físico doméstico	Adequação do espaço físico	Cheguei a tirar carpetes e tapetes (no início). Depois, como ele não podia ir para a cadeira de rodas, foi só tirar coisas do quarto e arranjar cama de grades.
	4 – Afectação das redes de convívio e actividades lúdicas	1. Rede familiar	O meu marido era só ver televisão ou ir ao cinema. A televisão era a perdição dele e o cinema. Ele ficava a ver filmes. Tinha todos os canais e mais um, que eu agora desliguei, claro. Íamos para o meu filho. A minha irmã vem, dia sim, dia não ou quando pode, tem a vida dela, o marido é que guia e também tem problemas de saúde. O meu filho, no outro dia, “ah, eu não vou aí, não sou capaz”. Não vê o filho, a nora e os netos por estes não virem a sua casa e ela não poder sair de casa. As rotinas de lazer e convívio externo extinguiram-se.
		2. Rede de vizinhos e amigos	Saíamos assim com uns amigos, que moram cá em baixo. Tínhamos amigos na Aroeira. Eu ia ter com uma amiga, íamos para os centros comerciais. As rotinas de lazer e convívio externo reduziram-se. Há uma vizinha que ficava com ele às vezes mas um dia comentou “a vizinha anda sempre na rua, está sempre a sair”: a Sr.ª ficou incomodada, sentiu-se “vigiada” quando saía e no tempo que demorava. Não voltou a pedir-lhe ajuda.
		3. Actividades exteriores do cuidador (lúdicas, saúde)	Gostava de sair, muito, muito. Eu ia ter com uma amiga minha, íamos para os centros comerciais. Agora estou assim mais... estou “presa”, sem fazer mal a ninguém! - As rotinas de lazer e convívio exterior são esporádicas. Quando sai é sempre a correr para não o deixar muito tempo sozinho. Raramente vai a casa de alguém, tem que ser sempre à pressa.
	5 – Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. O cuidador principal	Acaba por ser o apoio principal, porque está sempre, a toda a hora
		2. Higiene diária	A higiene é feita no leito. Tenho as pequenas, de 2ª a 6ª, as enfermeiras, ao fim de semana faço-lhe eu a higiene. Vêm de manhã às 9 e tal, depois vêm por volta das 15 e 30h (...) a partir daí sou eu, nunca me deito antes da uma da noite para lhe pôr já a fralda. Ultimamente tenho aprendido com elas mas fui fazendo conforme sabia, agora já faço com mais facilidade porque já vejo como elas fazem, ou seja, quando são duas custa muito menos.
		3. Conforto físico	Tem almofadas anti-escaras e tem o colchão. Tem muitas almofadas, (...) almofadas entre as pernas, almofadas para estar de lado, almofadas no cotovelo... porque ele está ferido em todo, todo o lado. Há bocado virei-o, agora quando elas vierem muda-se para o outro lado e depois, a partir daí, sou eu até amanhã de manhã.
		4. Cuidados alimentares (horários, tipologia)	Apenas come papas, iogurtes e pouco mais; batidos... Sopa, não a come (...) iogurtes, bledines... E é tudo à seringa, umas vezes cospe, outras vezes engole. Vou-lhe dando água, com a seringa da água, mas ele umas vezes abre a boca, outras vezes não abre. Previsivelmente passará brevemente a ser alimentado por sonda naso-gástrica;
		5. Actividades lúdicas proporcionadas	Conversa com o marido, faz-lhe carinhos. Tem a televisão ligada para ele ouvir o som. “A televisão, a princípio ele ainda ligava mas agora não. Eu aspiro, faço tudo e ele não reage, acho que ele ouve mas não tem reacção.
	6 – Apoio	1. Apoio exterior prestado ao dependente	Estas senhoras (da IPSS) que fazem a higiene, as enfermeiras que vêm tratar das escaras. Vêm fazer o que têm a fazer (...) às vezes não está sujo e depois sou eu que tenho que fazer tudo ...



	exterior prestado ao idoso	2. Necessidade de apoio exterior suplementar	Precisa de apoio para higiene pessoal ao fim de semana mas não tem dinheiro para pagar. A IPSS não apoia ao fim de semana, não tem vaga. Espera começar a receber o Complemento por dependência para poder pagar a uma pessoa particular.
<b>III – Avaliação da tomada de decisão e perspectiva s futuras</b>	dependente 1 – Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas sentidas	Hoje tive que tomar há bocado um calmante, estava muito em baixo. Nunca me deito antes da uma da noite. Às vezes não está sujo e depois sou eu que tenho que fazer tudo ... depois virá-lo, e fazer... e tudo... é muito difícil, é muito, muito difícil. Também nos revoltamos, acabamos por dizer o que devemos e o que não devemos porque a saturação já é tanta! Agora o pior é as feridas porque ao princípio (...) ele ajudava, era cansativo mas fazíamos. Chego a ir 3 vezes à rua e 4... porque não ando descansada a fazer as coisas. Tudo à minha custa, foi tudo à minha custa (...) tudo, tudo, tudo. Eu agora, não me sinto bem... eu vou à rua, claro, vou ao supermercado ... mas não posso ir para os médicos e estar lá três ou quatro horas... Quem é que fica aqui? E eu muitas vezes estou... estou... deprimida porque... pronto, estava habituada a sair. A quem é que eu vou pedir para ficar aqui? Vou dizer à minha vizinha, olhe, fique aqui? ... Não vou! (...) Às minhas irmãs? Então, agora ficarem aqui? Eu ... eu já me habituei ... isto agora as pessoas não se sentem bem em ir ali ao quarto e vê-lo ... Vou naqueles intervalos em que lhe dou comer e ele está sossegado. Mas dá meia hora, uma hora no máximo. Agora ir para outros lados, não vou.
		2. Afectação dos laços familiares	Os laços familiares foram bastante abalados. Eu agora, não me sinto bem. É como o meu filho, no outro dia, “ah eu não vou aí, não sou capaz! <i>ele não é nenhum bicho, para eu ir aí a casa e não entrar no quarto</i> ”.
		3. Gratificação pessoal	Dizem-me, “o seu marido aqui tem todas as condições, a gente vai a casas que...”
		4. Capacidade de resposta exterior, a nível de apoio formal	Não teve a informação suficiente para poder tratar dele. Acha que devia haver mais informação, em termos de cuidados, de como lidar com estas situações, higiene. A nível psicológico, também acho que sim. Devia haver umas coisas, onde tivessem umas pessoas pronto, olhe, a Sr. <sup>a</sup> hoje, agora, pode estar descansada. Diz que cada vez há mais, as enfermeiras queixam-se que cada vez há mais doentes. A Segurança Social não ajuda, porque se ajudasse, metiam mais pessoal... elas saem às 5h e, a maior parte das vezes, às cinco ainda estão a tratar de doentes e não ganham mais por isso. As enfermeiras são boas e assim ... mas são poucas. A Segurança Social não dá apoio (...) não ajuda mais e cada vez pior, cada vez há mais idosos, mais doentes. A assistente social diz que chega a demorar 2 anos a vir alguma coisa de apoio para as fraldas
		5. Manutenção ou alteração da situação actual	A hipótese de o pôr num lar, não, isso não. Só se me acontecesse alguma coisa a mim (...) enquanto eu puder vou fazendo. Se me acontece alguma coisa, ele não tem ninguém! Foi a decisão correcta, não está arrependida mas deixou de ter espaço para si. Enquanto tiver capacidade, o marido ficará na casa dele. “Lar, nem pensar”
	<b>2 - Perspectiva sobre a problemática a do envelhecimento</b>	1. Visão sobre a problemática do envelhecimento	Não há apoio, não temos e cada vez está pior, a saúde então ... as pessoas, coitadinhas, também não têm possibilidade de comprar.
		2. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional	Estão à espera que os doentes morram sem o mínimo de conforto. Em termos de apoio, para estas pessoas, o estado funciona mal. Pessimamente, pessimamente ...

## ENTREVISTA AD2 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	<b>1 –</b> Responsabilidade de familiar face à situação de dependência do idoso	<b>1.</b> Responsabilidade familiar	É uma responsabilidade muito grande. É uma responsabilidade toda minha, não partilhada. É uma obrigação, é um dever. Primeiro está ele, primeiro trato dele. Psicologicamente é uma responsabilidade.
		<b>2.</b> Acomodação face à situação inevitável	Eu vejo todos os dias. A minha vida foi toda alterada. Está tudo em função dele. Tudo, Tudo. O tempo que sobra é que fica para mim.
		<b>3.</b> Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	Sinto-me revoltada, em certos momentos acho que senti uma revolta muito grande. Por a fatalidade que aconteceu (...) tanto ele como eu (...) merecíamos algo mais. Psicologicamente fui-me muito, muito abaixo (...) e tive que começar a ser medicada (...) saía de ao pé dele e desatava a chorar.
		<b>4.</b> Gratificação pelos cuidados prestados	Ainda há pouco tempo me disse “és uma santa... fazes-me tanto bem”. É mais uma prova de que eu não era capaz de o por em lado nenhum.
	<b>2 - Situação de dependência</b>	<b>1.</b> Início da dependência no tempo	Há cerca de 3 anos que surgiram os primeiros sintomas mais graves: começou a perder-se, a desorientar-se no espaço, a desmaiar repentinamente. O diagnóstico inicial foi Parkinson e posteriormente Alzheimer.
		<b>2.</b> Evolução da dependência	A evolução foi lenta no início, com isolamento. Seguiu-se uma fase de com alguns episódios de agressividade. Na fase seguinte regrediu à infância, perdendo toda a orientação espaço-temporal,
		<b>3.</b> Situação actual	Dependente total de outrem. Está acamado há cerca de 1 ano, incontinente urino-fecal. Em Março/2008 após internamento hospitalar por infecção respiratória, teve alta escariado. Está quase afásico. Tem poucos momentos de lucidez, raramente reconhece alguém.
	<b>3 – Decisão sobre o apoio a prestar - timing, agentes, razões para a tomada de decisão</b>	<b>1.</b> Timing da decisão	Desde o início dos sintomas. Nunca foi equacionada a hipótese de institucionalização
		<b>2.</b> Decisão:	Individual
		<b>3.</b> Razões da opção AD	
		<b>3.1.</b> Grau de dependência	Acho que ele morria, estava lá um mês ou dois, não estaria mais.
		<b>3.2.</b> Obrigação moral	A gente diz que, quando casa, é para o bem e para o mal, não é? O doente sentir-se no seu próprio canto, na sua própria casa é outro conforto. Ele trabalhou muito toda a vida. Ele sentir-se-ia despejado do seu lar, reagiria mal, iria revoltar-se.
		<b>3.3.</b> Sit económica	
		<b>3.4.</b> Outras razões	Sempre foi anti-lar.
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso</b>	<b>1 –</b> Actividades e rotinas domésticas	<b>1.</b> Execução das tarefas diárias	Muito mais trabalho, muito mais roupa para lavar, muito mais roupa para engomar, é tudo, tudo. A Sr. <sup>a</sup> vem para cá um dia da semana para eu fazer as compras nesse dia, para não o deixar sozinho.
		<b>2.</b> Rotinas diárias	Tive que reorganizar tudo. Foi tudo porque tudo se mudou. Foi uma volta de 180 graus. Até a hora de levantar mudou. Há dias em que eu adormeço às seis da manhã. Sobre a manhã adormece e relaxa. Os meus horários das refeições nem sempre são os melhores porque primeiro está ele, primeiro trato dele. Às vezes almoço às duas da tarde.
		<b>3.</b> Rede familiar externa	Eles (os filhos) vêm menos.
		<b>4.</b> Rede de vizinhança, amigos ou outros	Os vizinhos estão sempre disponíveis para ajudar se for preciso. Agora já não é tão necessário, quando ele andava e caía, ajudavam mais.
	<b>2 –</b> Subsistência familiar	<b>1.</b> Constrangimentos económicos	Há muito mais despesas, não há dúvida de que há. Medicamentos, fraldas.
	<b>3 - Adaptações do espaço físico doméstico</b>	<b>1.</b> Adequação de acessos ou espaço físico habitacional	Fiz uma casa de banho com poliban. Tivemos que pôr a cama articulada no quarto. Este ano, tive que pôr aquecimento, era uma coisa indispensável. Se for preciso cadeira de rodas, tiro as portas.

	4 – Afectação das redes de convívio e actividades lúdicas	1. Rede familiar interna e externa	Os filhos reagiram mal. O mais velho nem telefonava nem queria falar no assunto. Sempre que sai daqui do quarto agarra-se a mim e chora, chora. Isso faz com que ele venha menos vezes. Olhos que não vêm coração que não sente. O mais novo fica tão tenso quando vê o pai. Fica ali, parece uma estátua! Eles vêm menos...e os netos... pelo menos via-os!
		2. Rede de vizinhos e amigos	O convívio exterior foi afectado. Porém os vizinhos e amigos visitam a família com frequência
		3. Actividades exteriores do cuidador (lúdicas, saúde)	Não tem ele nem eu. Tive que parar mesmo. Paguei e tive que parar os tratamentos. Não posso, não consigo.
	5 – Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. Higiene diária	É feita no leito, com ajuda de apoio exterior.
		2. Conforto físico	Compor uma almofada, compor uma perna. Dar-lhe água. Tive que meter aquecimento, (...) da maneira que ele está doente, ter que o destapar tanto às vezes. Tenho um colchão de látex (...) é fofinho. Comprei uma máquina, corto-lhe o cabelo, faço de cabeleireira, de barbeira.
		3. Cuidados alimentares (horários, cuidados especiais)	São precisos cuidados especiais para não se engasgar. Se acontece, dou-lhe umas palmadinhas nas costas, chamo o 112.
		4. Actividades lúdicas proporcionadas	Rezamos o terço e ele... acaba por adormecer. Ele pede e eu chego-me a ir deitar na outra cama ao lado para estar ali ao pé dele. Ponho-lhe uma televisão no quarto, ele ora liga, ora não liga nenhuma.
	6 – Apoio exterior prestado ao idoso dependente	1. Rede familiar	A irmã do marido vem aos fins-de-semana
		2. Apoio exterior prestado ao dependente	As enfermeiras que vêm tratar das escaras só tratam das escaras. As famílias não têm quem as ensine, quem lhes dê apoio sobre como tratar situações assim dependentes
		3. Necessidade de apoio exterior suplementar	Vem a minha cunhada ao fim de semana, descanso à noite porque sei que se houver necessidade de alguma coisa ela está alerta. As enfermeiras só tratam das escaras. Vai chegar uma altura em que tenho que ter a Sr. <sup>a</sup> mais horas.
		4. Capacidade de resposta exterior, a nível de apoio formal	Há poucas ajudas. Porque é que não ajudam mais as famílias para a 114 pessoa poder ter mais apoio. As enfermeiras têm muitos, muitos doentes. As famílias precisam ser apoiadas, ensinadas, é uma responsabilidade muito grande, muitas vezes não sabem.
III – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas	Sou capaz de não aguentar. A pessoa fica estoirada, não dorme, há dias em que adormeço às seis da manhã
		2. Gratificação pessoal	Primeiro está ele, primeiro trato dele.
		3. Afectação dos laços familiares	Eles (os filhos) vêm menos... vêm menos. Se viessem, pelo menos via-os e aos netos.
		4. Manutenção ou alteração da situação actual	O alongar no tempo (a situação) é uma das preocupações. O ter medo que me aconteça a mim alguma coisa e que não consiga tomar conta dele. Ir para um lar, só se me acontecer alguma coisa. Se tiver condições cuido-o em casa
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. Visão sobre a problemática do envelhecimento	Há poucas ajudas, devia haver muito mais porque hoje em dia está-se a ver uma população tão vasta
		2. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional	Devia haver mais apoio às famílias cuidadoras. Devia haver formação mesmo para ensinarem as pessoas a viverem com estas situações, porque não é fácil, não é fácil. Também devia haver apoio psicológico. A família tem que ser tratada. Eu, por exemplo, estou-me a tratar porque se não me tratasse a minha cabeça não tinha aguentado. Devia haver apoio para acompanhar e prevenir a família nestas situações. Porque as pessoas nem sequer sonham que isto possa vir a acontecer nas famílias. Devia haver mais apoio económico e psicológico porque o psicológico afecta muito. O que eu acho é que estas questões estão um bocado postas de lado, estão um bocado esquecidas, não se olha muito para estes doentes, nem para as famílias. E no fundo o doente precisa mas a família precisa tanto ou mais porque se a família não estiver bem também não pode fazer muito ao doente. Eu acho que há pouco, há poucas ajudas. O estado não investe nem vai investir. Na doença não. Não temos ninguém com garra. Eu não vejo ninguém à frente capaz de o fazer.

## ENTREVISTA AD3 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	<b>1 –</b> Responsabilidade e familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar	Estando as duas viúvas, optaram por ficar juntas, fazendo companhia uma à outra, há 12 anos atrás.
		2. Acomodação face à situação inevitável	A mãe já vivia com a filha, antes da dependência
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	Abdicou do convívio familiar com filhas e netos, para estar sempre presente junto da mãe. Sobrecarga física e horários condicionados. Sobrecarga psicológica
		4. Sentimento da gratificação pelos cuidados prestados	Ter a mãe com ela é uma prova de amor. A minha mãe era também uma companhia muito boa que eu tinha. E até dava bons conselhos.
	<b>2 -</b> Situação de dependência	1. Início da dependência no tempo	Havia dependência progressiva desde há cerca de 2 anos mas não estava acamada. Sofreu AVC em Março2008, esteve internada no Hospital, tendo ficado acamada, afásica e incontinente
		2. Evolução da dependência	As escaras evoluíram favoravelmente. Tem havido alguma recuperação (pouca) a nível psicológico e motor
		3. Situação actual	Está quase curada das escaras. Da cabeça e do andar não haverá recuperação significativa
	<b>3 –</b> Decisão sobre o apoio a prestar - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão	À data do AVC
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual	Decisão tomada em família. Ela ficou comigo, o meu irmão disse-me sempre que era eu que decidia sempre tudo
		3. Razões da opção AD:	
		3.1. Grau de dependência	
		3.2. Obrigação moral	Solidariedade familiar: Enquanto tiver capacidade para isso, a filha apoiará
		3.3. Situação económica	A pensão é insuficiente para poder internar numa instituição
		3.4. Outras razões	Disponibilidade familiar (filha)
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso</b>	<b>1 –</b> Actividades e rotinas domésticas	1. Execução das tarefas diárias	É responsável por tudo, não tem ajudas; Faço a higiene dela; dou a alimentação, controlo a tensão, converso com ela
		2. Rotinas diárias	Tenho o horário mais controlado. Tenho uma medicação que tem que ser muito controlada, tenho que medir a tensão, a horas certas. A higiene diária, sou eu que faço, faço muito bem,
		3. Rede familiar externa	Tem um irmão. Apoiar psicologicamente, tudo da mãe és tu que decides, quando vires que não tens saúde, que não podes tomar conta dela, falas comigo. Alguma coisa que seja preciso apoiar, ele apoia, se for preciso, mas só economicamente.
		4. Rede de vizinhança, amigos ou outros	Tem a vizinha de baixo, “dá-me uma ajuda, se for preciso ficar aqui uns bocadinhos sim. As pessoas saem para os empregos, não é? Prontificam-se sim, mas...Na aldeia as pessoas estão mais presentes, são mais comunicativas, nas não temos esta coisa das portas fechadas, a porta está sempre aberta.
	<b>2 –</b> Actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	1.	--
		2.	--
		3.	--
	<b>3 -</b> Adaptações do espaço físico doméstico	4. Adequação espaço físico habitacional	Tirou tapetes para a mãe não tropeçar. Agora já não é preciso.
		5. Redistribuição familiar	--
	<b>4 –</b> Afectação das redes de convívio e actividades	2. Rede familiar interna e externa	Há dois anos que não participa na vida das filhas e netos, por não poder sair e deixar a mãe sozinha.
		3. Rede de vizinhos e amigos	--

	lúdicas	4. Actividades exteriores do cuidador	Não há. A prioridade é a mãe
	5 – Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. Higiene diária	Higiene pessoal faz no quarto, sozinha. Porque é muito difícil pô-la na banheira, não consigo, tenho medo que ela me caia.
		2. Conforto físico	Acomodação no leito, para não ficar mais escariada
		3. Cuidados alimentares tipologia,	A alimentação, é tudo passado.
		4. Actividades lúdicas proporcionadas	Fala muito com a mãe, ela ouve e gosta; Reza com ela. O que ela pede é para eu rezar, isso ela pede e quando ela está muito nervosa, muito excitada. Mas ela do rezar, ela sabe que eu estou ali a rezar e ela cala-se... e ela ouve que eu estou ali. Ela chama-me, eu vou lá, então acalma muito quando eu chego ao pé dela, sabe que não está ali sozinha.
	6 – Apoio exterior prestado ao idoso dependente	1. O cuidador principal	CI (filha)
		2. Apoio exterior prestado ao dependente	Em relação às enfermeiras que vêm cá, portanto estão a dar o apoio porque ela está escariada.
		3. Necessidade de apoio exterior suplementar	É, assim para o banho e assim, já é um bocado difícil. Sim, mais apoio... que é uma coisa que me preocupa muito é , se eu adoecer como é que vai ser dela?
		4. Capacidade de resposta exterior, a nível de apoio formal	Falei com a Assistente Social, dizem-me que vai demorar um mês, mais ou menos a vir cá para me ajudar
<b>III – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras</b>	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas	Para o banho e assim, já é um bocado difícil.
		2. Gratificação pessoal	Mas agora digo-lhe uma coisa, a minha mãe até agora lhe dar isto, como ela tinha a cabecinha dela muito boa, era também uma companhia muito boa que eu tinha. chego ao pé dela... pronto é ... é assim como quem dá um calmante a uma pessoa. Ter a mãe com ela é uma prova de amor, só com muito amor é que se consegue
		3. Afectação dos laços familiares	A prioridade é a mãe, as filhas e netos têm que se deslocar a casa da mãe para visitas. Está presa em casa. Desde que está acamada, desde os 90 anos, elas vêm para aqui, olha, a casa não é muito grande mas nós cabemos cá todos! foi mais importante eu ficar aqui. a filha: Mas olha, eu a ti já nem te digo nada, que tu não vens... Porque eu custa-me muito deixar aqui a minha mãe e ir para um almoço ou para uma coisa...
		4. Manutenção ou alteração da situação actual	Vai continuar, enquanto tiver capacidade para isso. Além de não estar ecarregada economicamente, tem a contrapartida de a ter consigo
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. Visão sobre a problemática do envelhecimento	Oh mãe, se eu adoecer, olha, vamos as duas para o lar, vou eu e vai a mãe, vamos as duas.

116

## ENTREVISTA AD4 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Indicadores
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	1 – Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar	Como vivo ao pé deles sempre dei apoio. Sou solteira, daí talvez ter uma disponibilidade um bocadinho maior
		2. Acomodação face à situação inevitável	Ter toda a atenção virada (...) não só técnica mas também psicológica, de acompanhamento de uma pessoa que está num estado praticamente...Mas tenho que ser eu a assumir isso para que eu consiga manter esta situação
		3. Sobrecarga a vários níveis:	Sinto uma maior sobrecarga. Estou muito... muito cansada nesta situação.
		4. Gratificação pelos cuidados prestados	Acho muito importante esta situação de acompanhamento em casa. Era tudo o que eu queria fazer. Ainda bem que consigo arranjar alguns meios para fazê-lo
	2 – Situação de Dependência	1. Início da dependência no tempo	Há 13 anos que se iniciou a dependência (aos 72 anos)

	2 – Decisão sobre o apoio a prestar - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	2. Evolução da dependência	Teve 6 anos de evolução gradual e mais dois com dependência grave. Está acamado há 5 anos
		3. Situação actual	Está acamado, incontinente, afásico, demenciado
		1. Timing da decisão	A institucionalização foi uma hipótese que nunca pus
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual	Decisão individual. Tenho que ser eu a assumir isso Os irmãos estão ausentes do país
		3. Razões da opção AD	
		3.1. Grau de dependência	
		3.2. Obrigação moral	Mas tenho que ser eu a assumir. Era tudo o que eu queria fazer. Sou solteira, daí talvez ter uma disponibilidade um bocadinho maior. Sinto uma gratificação.
		3.3. Outras razões	A nível de disposição mental e interesse, estou completamente virada para este tipo de trabalho. Sinto compensação por poder fazê-lo.
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso</b>	1 – Actividades e rotinas domésticas	1. Execução das tarefas diárias	Eu é que faço a última muda de fralda, dou a última refeição
		2. Rotinas diárias	Tenho que ir trabalhar todos os dias. Durmo aqui à noite
		3. Rede familiar externa	Dois irmãos, vêm quando podem, residem fora do país, estão longe. Tenho um tio, faz companhia, faz compras
		4. Rede de vizinhança, amigos ou outros	(uma queda) foram os vizinhos que nos disseram. Não é muito extrovertido, não dizia nada. Quando começou a ficar com problemas afastou-se das pessoas, sentia-se envergonhado, talvez.
	2 – Actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	1. Rotinas profissionais	Eu poder entrar mais tarde mas também sair mais tarde
		2. Entidade patronal	Houve uma colaboração no trabalho. Tenho que trabalhar as mesmas horas, só que o horário é deslocado para a noite. A pessoa tem de dar de si, não há nenhum bónus, só compreensão.
		3. Constrangimentos económicos	Alguns mas não muito graves (não foi transmitida a ideia de constrangimento económico)
	3 – Adaptações do espaço físico	1. Adequação de espaço físico	Só cama articulada no quarto
	4 – Afectação das redes de convívio e actividades lúdicas	1. Rede familiar	Os meus irmãos não vivem cá. Eu durmo aqui à noite. Tenho um tio, irmão do meu pai, que também vem sempre que pode.
		2. Rede de vizinhos e amigos	Afectou-o muito porque ele era uma pessoa muito activa. Foi muito activo e depois com o tempo ele foi ficando deprimido.
		3. Actividades exteriores do cuidador (lúdicas, saúde)	Todas as minhas actividades são à noite. Também me dedico à vida espiritual. Da parte da manhã, ginástica.
	5 – Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. Higiene diária	Faço a última muda de fralda
		2. Conforto físico	Tem cama articulada, almofadas
		3. Cuidados alimentares (horários, tipologia, cuidados especiais)	Dou a última refeição ... é uma ceia, para não estar tanto tempo sem comer desde o jantar até de manhã
		4. Actividades lúdicas proporcionadas	É muito introvertido, falo com ele, não responde mas gosta. Faço carícias, beijinhos, ele sorri.
	6 – Apoio exterior prestado ao idoso dependente	1. Apoio exterior prestado ao dependente	(Empregada diária) Eu pedi a uma Senhora para ajudar. A gente conta com o Centro de Saúde para enfermagem.
		2. Necessidade de apoio exterior suplementar	Vou pedir uma ajuda de mais 2 horas à noite. Sinto-me muito desajudada em termos de apoios técnicos
		3. Capacidade de resposta exterior, a nível de apoio formal	Os meios, não sendo suficientes, acabam por gerar sobrecarga. Há muita falta de apoio, de apoio técnico, de informação. Há que pesar a questão psicológica, a pressão, a maneira de lidar com a situação. E isso não existe, não funciona



	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas sentidas	Sinto maior sobrecarga a nível físico. Sinto-me muito despojada. Entrar mais tarde no trabalho, reservar algumas horas da manhã não só para acompanhar o dia que se segue e preparar esta situação e para tratar da minha vida, de alguma coisa necessária, da parte da manhã, só até às 10 horas, pronto. Mas de qualquer maneira já é importante
		2. Gratificação pessoal	A nível de disposição mental e interesse, estou completamente virada para este tipo de trabalho. Acima de tudo, sinto uma gratificação por tratar dos meus pais, que me deram a vida.
		3. Afecção dos laços familiares	Mais tempo para a comunicação com os meus irmãos. A minha irmã veio cá.
		4. Manutenção ou alteração da situação actual	Institucionalização foi uma hipótese que nunca pus.
	2 - Perspectiva sobre a problemática envelhecimento	1. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional	Há muita falta de apoio, de apoio técnico, de informação. Há que pesar a questão psicológica, a pressão, a maneira de lidar com a situação. E isso não existe, não funciona

## ENTREVISTA AD5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	1 – Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade e familiar	É uma responsabilidade de todos, dos meus filhos, minha, do meu irmão. O meu irmão disse: “Olha, a gente é assim, estamos no mesmo barco, temos que o resolver”; se for preciso, eu digo à minha filha e ela, se pode, fica aqui com a avó. A minha nora, eu nunca lhe disse, mas se fosse preciso, também ficava
		2. Acomodação face à situação inevitável	Há que enfrentar agora o futuro. E estamos assim ... e vou ver se isto vai até ao fim, espero que tenha saúde. Olhe, eu nunca pensei estar tão à vontade, mas eu acho que isto... a necessidade às vezes obriga a pessoa a ter que reagir.
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço	Tivemos uma fase muito difícil, aquilo infectou... É mais mesmo o esforço físico, a prisão...
		4. Gratificação pelos cuidados prestados	
	2 – Situação de dependência	1. Início da dependência no tempo	Fevereiro 2008; Amputação do membro inferior, por isquémia aguda, Saiu acamada do hospital.
		2. Evolução da dependência	A cicatrização tem decorrido bem. Está lúcida
		3. Situação actual	Acamada, Cadeira de rodas. De cabeça está muito bem e aquilo já está quase fechadinho...
	3 – Decisão sobre o apoio a prestar - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão	À data da alta hospitalar, em Fevereiro 08
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual	Foi uma decisão minha e do meu irmão. Não fizemos reunião de família, que era o que eu acho que devia ter sido feito, não se fez. Falou-se com o meu pai. Deu-se a entender depois à minha mãe.
		3. Razões da opção AD	
		3.1. Grau de dependência	
		3.2. Obrigação moral	Porque ela (mãe), em certa altura, disse que não queria sair daqui. Mesmo a nível familiar, nunca a punha num lar, não, não
		3.3. Situação económica	Nem temos possibilidade de os pôr num Lar, em termos económicos
		3.4. Outras razões	Disponibilidade familiar (filha). Disse que eu é que sabia, “tu sabes melhor, a tua cunhada não sabe...”
<b>II – Acomod</b>	1 – Actividades e rotinas	1. Execução das tarefas diárias	Para se sentar na cama, tenho que estar ali “vamos lá, agora tem que se sentar, pense lá que tem que se sentar. Dou-lhe banho, trato e arranjo

ações do cuidador face à situação de dependência do familiar idoso	domésticas	2. Rotinas diárias	A medicação, tem de manhã para o coração. Quando veio do hospital é que tinha os antibióticos a horas certas. Agora tem aquela medicação que é sempre só de manhã. Toma a medicação, pronto. Horários sobrecarregados
		3. Rede familiar externa	O meu pai vem para aí de manhã, falam, falam, estão sempre a falar, eu às vezes nem os percebo. Se for preciso, o meu irmão fica aí, assegura a situação (...) ele mora aqui ao lado
		4. Rede de vizinhança, amigos ou outros	As minhas vizinhas também vêm, também estão ali um bocadinho. Tem muitas visitas, a minha mãe.
		1. Rotinas profissionais	--
	2 – Actividades profissionais e/ou de subsistência familiar	2. Entidade patronal	--
		3. Constrangimentos económicos	As nossas reformas não são muito grandes mas conseguimos equilibrar
	3 - Adaptações do espaço físico doméstico	1. Adequação de acessos ou espaço físico habitacional	O quartinho da minha mãe, era o quartinho dos netos, a caminha já lá estava A cadeira de rodas, tenho que tirar um movelzinho ali no corredor, mas passa.
		2. Redistribuição familiar / espaço habitacional	Não. O quartinho da minha mãe, era o quartinho dos netos, a caminha já lá estava....
	4 – Afectação das redes de convívio e actividades lúdicas	1. Rede familiar interna e externa	Eu fiquei com a minha mãe e o meu irmão com o meu pai. O meu irmão fica aqui umas horas. Se for preciso, eu digo à minha filha e ela, se pode, fica aqui com a avó. A minha nora, eu nunca lhe disse, mas se fosse preciso, também ficava. (O outro irmão) só vem ver a minha mãe. "Está melhor?", "está pior?" ... Nem apoio, nem nunca, nem ... nada, nada. Se houvesse bens, seria um dos herdeiros... Ainda ontem aí esteve. Entrou e saiu. "Então mãe, como é que estás?" Veio com um filho, o outro ficou ali fora no carro ... A minha mãe, é visitada é por estes netos, pelos outros não.
		2. Rede de vizinhos e amigos	Estão fartos de se oferecer. Quando as coisas estavam piores, tinha uma velhota, vinha todos os dias. Tem muitas visitas, a minha mãe. Eu saio à porta e é até que entre.
		3. Actividades exteriores do cuidador (lúdicas, saúde)	As minhas rotinas de lazer ficaram mais condicionadas! Nós somos Testemunhas de Jeová, temos as nossas reuniões semanais. Saio uma vez por semana, uma horinha ou duas. Ao meu terreno, nunca mais fui, fui lá uma vez ou duas nestes três meses. A liberdade de poder sair para qualquer lado ficou afectada, pois.
	5 – Prestação de cuidados ao idoso dependente	1. Higiene diária	Eu hoje comecei às sete da manhã! Está o problema das fraldas. É a arrastadeira. Dou-lhe banho, trato e arranjo
		2. Conforto físico	Ponho a minha mãe na cadeira e tiro. Dorme um bocadinho, levanto-a na cadeirinha. Porque eu também tenho que estar preocupada se ela não se fere, as pessoas acamadas começam a ter problemas de bexiga, começam a ter outros problemas
		3. Cuidados alimentares	Come tudo. Ainda hoje comeu favas.
		4. Actividades lúdicas proporcionadas	Não a quero deixar aqui sozinha. Não quer televisão no quarto. O meu pai vem para aí de manhã, falam, falam, estão sempre a falar. As minhas vizinhas também vêm, também estão ali um bocadinho.
	6 – Apoio exterior prestado ao idoso dependente	1. O cuidador principal	Responsável por tudo, é assim, sou eu. O meu marido sai de manhã.
		2. Apoio exterior prestado ao dependente	Não tive nenhum apoio na maneira de lidar com esta situação, quando a minha mãe veio do hospital, amputada, na maneira de tratar dela. Agora cuide dela. Aprendi sozinha. Chegámos a ter uma enfermeira diária. A enfermeira, os pensos vinham cá fazê-los Quando aquilo (a cicatrização) estiver bom, pronto.
		3. Necessidade de apoio exterior suplementar	Apoio agora, não, só em casos muito extremos, só em casos muito extremos, que a minha mãe fique aí numa situação extrema, que eu não seja capaz de tratar dela. Já me têm dito "não quer ninguém que vá lá ajudar a lavar a sua mãe?" Mas para quê? Eu depois ainda tenho que estar mais sujeita aos horários das pessoas que têm que cá vir... Se precisar de assistência médica, estará no hospital.
III – Avaliação o da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 - Balanço da situação face à decisão tomada	1. Tipologia de sobrecargas sentidas	Claro que custa um bocadinho, é um corpo morto. Ponho a minha mãe na cadeira e tiro. O terreno parece um jardim, mas eu não posso ir ... Às vezes até dormíamos lá! Eu quando saio daqui um bocadinho fico aliviada, são 24 horas sobre 24 horas.
		2. Gratificação pessoal	Eu e o meu irmão vamos fazer os possíveis para que eles tenham aquilo que a gente possa fazer.
		3. Afectação dos laços familiares	O meu marido aceitou. É minha mãe, aceitou bem. Ao meu irmão, (ao que não colabora) mesmo que a situação se complique, não vamos recorrer a ele.
		4. Razões para a manutenção ou alteração da situação actual	Não pus a minha sogra num lar, também nunca iria por a minha mãe. Só em casos muito extremos, que eu não seja capaz de tratar dela. Não sei ... como é que as coisas poderão evoluir... mas não! E se algum dia, ela tiver algum problema, vou pedir apoio de enfermagem.



## ENTREVISTA LAR1- ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	<b>1 –</b> Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	<b>1.</b> Responsabilidade familiar	Acho que em casos de situações como o da minha mãe, acho que é muito difícil para um estado como o meu. Se não se prolongar por muito tempo, que a gente aguente... sempre são os nossos pais. Devemos tomar conta deles. Mas ... também não sou contra o Lar.
		<b>2.</b> Acomodação face à situação inevitável	E assim vamos indo, até aguentar. Não sei qual foi a decisão mais difícil, se foi ter que lhe arranjar as coisas para irem para o lar, se a morte do meu pai. Foi muito idêntica. Agora já me habituei a estar aqui sem eles mas foi muito difícil, eu vivi sempre com eles. Custou-me muito, ter que a levar para o Lar mas teve que ser.
		<b>3.</b> Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	Eu agravei muito o meu problema. ... Foi muito desgastante. O meu psiquiatra mesmo é que me aconselhou, que eu não podia viver junto dessa situação. Ir lá magoa-me vê-la naquele estado e não ir também me sinto mal.
	<b>2 –</b> Situação de dependência	<b>1.</b> Início da dependência	Não sei. Fomo-nos apercebendo. Há cerca de quatro anos, agravou muito. A minha mãe tem Alzheimer
		<b>2.</b> Evolução da dependência	Houve seis meses de evolução muito rápida, até dar entrada no lar, há 3 anos, Entrou já incontinente e dependente de nós para tudo
		<b>3.</b> Situação actual	Agora já está acamada há dois anos, está aleijadinha. Nem se apercebeu da morte do meu pai
	<b>3 –</b> Decisão sobre a institucionalização - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	<b>1.</b> Timing da decisão	Quando não foi possível continuar com a situação em casa, há três anos, quando houve vaga no lar. A pensão dos dois não dava para um. E eu não tinha possibilidades para pagar.
		<b>2.</b> Tomada de decisão: partilha ou individual	Foi partilhado.
		<b>3.</b> Razões da opção Institucionalização	
		<b>3.1.</b> Grau de dependência/irreversibilidade	Foram muito difíceis, os seis meses que durou...Davam-lhe aquelas crises, desmaiava, entrava em coma, tinha que chamar a ambulância. Ela não parava sossegada, rasgava tudo, eu já não podia com ela, uma vez caiu-me da cama. A tentativa dela era sempre subir e andar por todo o lado. E depois há escadas na rua e há escadas em casa.
		<b>3.2.</b> Indisponibilidade familiar	O meu pai já era velhote, não podia fazer esforços, o meu filho também não estava cá. Mas o meu maior problema é que o meu marido, nessa altura ainda não era doente oncológico mas fez uma operação à coluna e não podia fazer esforços. Se eu estivesse aqui com aqueles problemas, já tínhamos morrido todos, porque eu estava quase louca.
		<b>3.3.</b> Apoio formal insuficiente	Já estava no Centro de Dia. O problema é que à noite ela não parava sossegada, não parava deitada. O meu pai também era doente.
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de institucionalização</b>	<b>1 –</b> Procura e escolha da Instituição	<b>1.</b> Escolha individual ou familiar	Familiar. Depois a Assistente Social veio aqui a casa, viu as condições.
		<b>2.</b> Razões objectivas para a escolha da instituição	E outro Lar, eu não podia pensar, porque não tinha possibilidades para pagar. Um Lar particular, eu não tinha possibilidades para pagar. Esteve lá ainda inscrita. Esperámos até ter vaga.
	<b>2 –</b> Acessibilidade à Instituição e ao idoso	<b>1.</b> Meio de transporte utilizado e tempo dispendido	Agora o meu marido está de baixa, ele foi operado, e eu já tenho ido à boleia. Aqui não há táxis. Já houve há uns anos atrás mas agora não. Em caso de necessidade temos que chamar o táxi de (localidade próxima) o que ainda se torna mais caro.
		<b>2.</b> Horário para visitas	Vamos quando queremos
		<b>3.</b> Periodicidade das visitas e razão subjacente à mesma	Vou duas ou três vezes, conforme, vou ao meio da semana e ao fim-de-semana. O médico diz que eu devia ir lá o mínimo possível.

	3 – Actividade profissional e/ou de subsistência	1. Rotinas profissionais	
		2. Sobrecarga económica	Enquanto foram os dois, poucos foram os meses que chegava. Agora, ela está a tomar medicamentos muito caros, só um, à parte dela são cinquenta e tal euros e depois são as fraldas, é tudo o que faz falta...Com os subsídios de Natal e Férias talvez consiga equilibrar
	4 – Relações familiares e bem-estar psicológico	1. Afectação de obrigações familiares	Nos últimos 20 anos já era só casa. Só casa.... Eu estou saturada.
		2. Afectação de relações familiares	Eu sou sozinha. Não tenho mais ninguém.
		3. Sobrecarga psicológica ou gratificação face ao apoio prestado	Só que eu, muitas vezes, já não quero saber de nada. Ela não me conhece. Pelo médico, eu vou lá o mínimo de vezes mas...
III – Avaliação das condições institucionais	1 – Comodidade e serviços	1. Rotinas de lazer e bem-estar (ocupação de tempos livres, ...)	Eu tenho pouca paciência, aborreço-me. Faço a lida da casa e com muito custo. Entretenho-me, no quintal, é a minha sorte mas... a minha distracção, as minhas saídas é ir ao médico, ao lar ou ao supermercado, é as minhas saídas.
		1. Acessibilidade permitida (horário de visitas)	Não há horário fixo
		2. Condições físicas e de equipamento da instituição	É muito bom
		3. Eficiência/qualidade de serviços prestados, avaliando:	
		3.1. Qualidade profissional dos cuidadores	O meu pai faleceu há um mês e queixava-se a mim que havia lá funcionárias que... Nunca quis arranjar problemas mas a pessoa, como agia com os idosos, não merecia o lugar. (...) Era da parte da noite. Agora a minha mãe não se queixa, não tem condições para isso. Há funcionárias que dão dignos do trabalho que têm outras nem tanto.
		3.2. Quantidade de cuidadores face ao nº de utentes	
		3.3. Empatia cuidador/utente	Há pessoas que, por mais que se puxe, não têm jeito e outras que não é preciso nada, dão tudo. Umas têm mais jeito que outras.
		4. Actividades lúdicas da instituição, para e com os utentes	Fazem sim mas para a minha mãe, não interessa
IV – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 – Balanço da decisão tomada	1. Manutenção ou alteração da situação actual	Vai-se manter, não há outra hipótese
		2. Razões apontadas	Grau de dependência da idosa e indisponibilidade familiar, por doença
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. A visão sobre a problemática do envelhecimento	Acho que já tenho mentalidade de oitenta anos. Preocupa-me é o sofrimento. Penso que, se lá chegar, se não morrer de repente, tenho a certeza que vou para o Lar. Eu digo que tenho que ir por necessidade. Os filhos não podem, ou não querem, isto está muito difícil, cada um tem a sua vida.
		2. Opinião sobre as respostas políticas ao envelhecimento populacional	O Estado a tomar conta dos velhos? Eu desejava era a morte Há muitos anos que eu desejo a morte.

## ENTREVISTA LAR2 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
<b>I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão</b>	<b>1 –</b> Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	<b>1.</b> Responsabilidade e familiar	Obrigações... todos temos. De tratar dos nossos, mas às vezes as vidas não ... não permitem tratar deles. Porque, quando eu chegava, é que tratava dela...
		<b>2.</b> Acomodação face à situação inevitável	Agora vê-se ali assim, pronto. E eu tinha mesmo necessidade de lá a pôr. Mas custar, custa.
		<b>3.</b> Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	E à noite, também tinha que estar a horas para a receber. Quando eu chegava, é que tratava dela. Às vezes o meu marido não estava e eu não conseguia, não podia com ela.
		<b>4.</b> Sentimento da gratificação	
	<b>2 –</b> Situação de dependência	<b>1.</b> Início da dependência	Há cerca de três anos começou a andar doente, a perder a sensibilidade nas pernas, a cair.
		<b>2.</b> Evolução de dependência	Foi um agravar da situação, cada vez mais mal.
		<b>3.</b> Situação actual	Ali está, levantam-na, deitam-na. Duas meninas tiram-na e põem-na na cadeira de rodas. Os médicos não sabem o que ela tem.
	<b>3 –</b> Decisão sobre a institucionalização - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	<b>1.</b> Timing da decisão	Se não se tivesse agravado, eu podia ter esperado e depois entrava no outro. Só que o outro tem uma grande lista de espera para as pessoas que querem entrar.
		<b>2.</b> Tomada de decisão: partilha ou individual	Individual. Não tenho mais irmãos, somos só nós
		<b>3.</b> Razões para esta opção:	
		<b>1.</b> Grau de dependência/irreversibilidade	Ela estava dependente, em tudo, de mim. Já estava muito dependente nessa fase. Mas é que a minha mãe, com a doença a agravar, hoje, se ela estivesse aqui na minha casa, eu não podia com ela.
		<b>2.</b> Indisponibilidade de familiar	Havia vários horários a cumprir. Quando eu tinha que abalar às sete, pedia ao senhor (motorista do C. Dia para me vir buscar um bocadinho antes. Como eu trabalho nas feiras, aos domingos deixava-a levantada às cinco e meia da manhã, ficava aqui sozinha uma manhã inteira, também não era bom para ela assim... Foi mais pelo facto de eu não conseguir tratar já da minha mãe.
		<b>3.</b> Apoio formal insuficiente	O Centro de Dia só apoiava de dia e só durante a semana.
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de institucionalização</b>	<b>1 –</b> Procura e escolha da Instituição	<b>1.</b> Escolha individual ou familiar	Individual.
		<b>2.</b> Razões objectivas para a escolha da instituição	Mensalidade e condições.
	<b>2 –</b> Acessibilidade de à Instituição e ao idoso	<b>1.</b> Meio de transporte utilizado e tempo dispendido	É pertinho, uma hora vou lá vê-la.
		<b>2.</b> Horário para visitas	Eles têm o horário livre.
		<b>3.</b> Periodicidade das visitas e motivo	Sempre que pudemos, quase todos os dias, ainda ontem lá estivemos (...) amanhã vou, domingo vou, só quando não ... Vou sempre, vou sempre.
	<b>3 –</b> Actividade profissional e/ou de subsistência	<b>1.</b> Rotinas profissionais	Trabalhamos juntos, eu trabalho com o meu marido. Se eu não for, ele também não vai, não vai ninguém vai. Se lá não a pusesse, como é que eu ia trabalhar? Não podia.
		<b>2.</b> Sobrecarga económica	Um bocadinho, porque a pensão dela não dá para o Lar e para as despesas nem nada que se pareça. É a mensalidade mais os medicamentos à parte, mais a fralda à parte e ... os pensos, pomadas, tudo, tudo. É um bocadinho porque isto, as vidas estão difíceis para toda a gente.
	<b>4 –</b> Relações familiares e bem-estar psicológico	<b>1.</b> Afecção de obrigações familiares	Quando eu ia trabalhar, tinha que ser esta minha filha a tomar conta dela até eu chegar.
		<b>2.</b> Afecção de relações familiares	Como a minha mãe tratou da mãe dela e do pai dela, a minha mãe custou-lhe muito ir para o Lar. Ela não aceitou nada bem. Por muito que eu dissesse “mãe, eu não consigo tratar de você, eu não posso com você”, a minha mãe não aceitou nada bem.

		3.Sobrecarga ou gratificação	
	5 – Actividades lúdicas e redes de convívio	1.Rotinas de lazer e bem-estar (ocupação de tempos livres,	Afectou um bocadinho porque ela estava dependente, em tudo, de mim. Mas pouco, não tenho actividades dessas.
III – Avaliação o das condições institucionais	1 - Comodidade e serviços	1.Acessibilidade permitida (horário de visitas)	A hora do almoço e à hora do jantar é que eles não... não é que ponham ninguém na rua, mas, pronto. Podem ir a toda a hora que a DR. <sup>a</sup> não se importa.
		2.Condições físicas e de equipamento da instituição	Acho que têm todas as condições boas para o tempo que ali estarem, estarem bem. Este é bom, é muito bom, tem todas as condições só que, quem além está, como a minha mãe, nem dá valor ao bom que está ali naquele e que nem todas as pessoas estão como a minha mãe está.
		3.Eficiência/qualidade de serviços avaliando:	
		3.1.Qualidade profissional dos cuidadores	Acho que elas estão ali bem tratadas.
		3.2.Quantidade de cuidadores	
		3.3Empatia cuidador/utente	
		4.Actividades lúdicas da instituição,	Fazem actividades com os idosos, para distração, lazer, passeios. A minha mãe não vai nunca mas os que podem andar vão.
IV – Avaliação o da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 – Balanço da decisão tomada	1.Manutenção ou alteração da situação actual	Não vai haver alteração
		2.Razões apontadas	Grau de dependência e indisponibilidade familiar
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1.A visão sobre a problemática do envelhecimento	Com a vida que a gente leva, com stress, com tanto stress e ... não sei Dr. <sup>a</sup> , olhe, não sei... Como tenho lá a minha mãe, é um espelho p'ra gente, não é? (...) Eu estou ali a ver a minha mãe, quem é que me havia de dizer a mim? Eu já espero. Quando não puder, quando já estiver dependente, terei que ir para uma Instituição. Mas que é um bocadinho triste, a situação, é. A minha mãe nunca pensou que fosse para ali, como outras pessoas com a idade da minha mãe também não pensavam ...
		2.Opinião sobre as respostas políticas face ao envelhecimento	Todos nós descontamos, era para termos mais regalias mas infelizmente não é assim! Não sei, isso é que eu não sei...não sei não. Não sei explicar. Sim, preocupa pois, preocupa, como é que será no meu tempo.

## ENTREVISTA LAR3 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
I – Situação o de dependência do idoso: história e tomada de decisão	1 – Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1.Responsabilidade familiar	Uma, é sogra, foi sempre boa sogra p'ra mim e a outra é mãe que me pariu. Só a preocupação qu'ê digo que sinceramente me existe hoje é ... as duas velhinhas. Não tenho outra tristeza.
		2.Acomodação face à situação inevitável	Pr'ós mês irmãos tava sempre tudo bem. Mas veja q'ê sou um filho único p'ra 'nha sogra também, qu'a 'nha sogra também lá tá.
		3.Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	Só a preocupação qu'ê digo que sinceramente me existe hoje é ... as duas velhinhas. Não tenho outra tristeza. Quando me lembro que vou chegar lá, nã tou bem-disposta.
		4.Sentimento da gratificação pelos cuidados prestados	A minha mãe nã tando ela bem lúcida, mas vê que tá pertinho do sítio dela. sabe que tá c'a comadre.
	2 – Situação	1. Início da dependência	A minha mãe passou um AVC por ela há cinco anos, faz seis para o mês que vem

	de dependência	2. Evolução da dependência	
		3. Situação actual	Tá de cadeira de rodas
	3 – Decisão sobre a institucionalização - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão	Passou um AVC por ela há cinco anos. A 'nha sogra começou a ficar com Alzheimer.
		2. Tomada de decisão: partilha familiar ou individual	Falámos sempre os meus irmãos. Nós falámos todos uns com os outros. Ela queria mesmo ir.
		3. Razões da opção Institucionalização :	
		3.4. Grau de dependência /irreversibilidade de	Ficou acamada; Tá de cadeira de rodas . A minha sogra também... nem lá a inscrevi, tive logo entrada.
		3.5. Indisponibilidade de familiar	As minhas irmãs tavam todas empregadas. Só eu é que tava reformada e é nã podia. Já fiz 8 operações, 8.
II – Acomodações do cuidador face à situação de institucionalização	1 – Processo de procura e escolha da Instituição	1. Escolha individual ou familiar	E eles (irmãos) arranjaram lá mais fácil. Lá escolheram o lar p'ra minha mãe
		2. Razões objectivas para a escolha da instituição	Minha mãe só entrou quando foi inaugurado o novo. E a minha sogra também. Este, são 500€ todos os meses.
	2 – Acessibilidade de à Instituição e ao idoso	1. Meio de transporte e tempo dispendido	Agarro no carro, vou. Vou com o carro. Daqui lá é 10 minutos.
		2. Horário de visitas	Vou quando quero, não há horário.
		3. Periodicidade das visitas e razão da mesma	É vou lá dois, três vezes por semana, é rápido
	3 – Actividades profissionais e/ou de subsistência	1. Rotinas profissionais	-
		2. Sobrecarga económica	Pagávamos à volta de 200 contos. Mil euros. E depois tínhamos as fraldas, tínhamos a medicação e tínhamos tudo. Cada filho da minha mãe chegámos a pagar aos 150€, 6 filhos.... trouxe-a p'ra (Évora), ou seja p'ró lar (nome do lar). Aí pagava cerca de... quê? 800 e tal euros. Este são 500€ todos os meses.
	4 – Relações familiares e bem-estar psicológico	1. Afecção de obrigações familiares	Cada filho da minha mãe chegámos a pagar aos 150€, 6 filhos, veja bem.
		2. Afecção de relações familiares	Todos estivemos de acordo, os irmãos, tudo
		3. Sobrecarga psicológica ou gratificação face ao apoio prestado	Quando me lembro que vou chegar lá, nã tou bem disposta, nada A minha mãe está sempre revolta é comigo, tá a perceber. Queria ter ficado comigo. E a'pois é digo-lhe " Mãe, já viste o que é que me fazias? Há tantos anos que tás aqui". A minha sogra, nisso foi mesmo de vontade dela, ela mesmo, mesmo, mesmo. Ela é que pediu! O filho custou muito, chorou muito, magoou-se porque não queria a mãe no lar, qu'era filho único e que era uma vergonha, mas pronto, viu que eu nã podia.
III – Avaliação das condições institucionais	1 - Condições e serviços	1. Rotinas de lazer e bem-estar (ocupação de tempos livres, convívio social...)	Jardinar... então e coisas qu'ê faço? Rendas, tudo. Trabalhos manuais. Faço muitas coisas. Nunca tô qu'êta. gosto muito de comunicar c'as pessoas, ah, ... aparece aí as excursões dos reformados, aí vai ela.
		2. Condições físicas e de equipamento da instituição	Horário livre. 10 minutos de carro, vou quando quero.
		3. Eficiência/qualidade de serviços prestados,	Tem boas condições, é novo. Xi, tudo, tudo, tudo (bom).

		avaliando:	
		4.1. Qualidade de serviços prestados	Não é os 500€ que pagam muitas vezes as coisas que ali se vê. Em termos de higiene, de alimentação, de tudo, do melhor. Digo-lhe sinceramente, aquilo é um lar de cinco... de todos os lares q'a minha mãe tem tado (...) nã vi uma coisa como esta, tá bem que também foi feita de raiz e novo.
		4.2. Qualidade profissional dos cuidadores	
		4.3. Quantidade de cuidadores	É acho poucas pessoas a trabalhar e as pessoas muito dependentes. São duas funcionárias, são trinta e tal pessoas
		4.4. Empatia cuidador/utente	
		5. Atividades lúdicas da instituição para e com os utentes	Fazem festinhas, fazem tudo, tudo. Excursões, para os que podem sair.
IV – Avaliação da tomada de decisão e perspectivas futuras	1 – Balanço da decisão tomada	1. Manutenção da situação actual	Neste fica até o resto da vida dela, pois.
		1. Razões apontadas	Grau de dependência e incapacidade familiar para cuidar. Já viu o que é, da nossa casa aqui a 7 km temos o lar?
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. A visão sobre a problemática do envelhecimento	Digo ali ao meu marido "marido, (...) poupa-te, poupa-te" porque nós hoje, hoje o que levamos deste mundo é o que podemos gosari. E digo muitas vezes já, sabe o qu'ê digo muitas vezes às 'nhas filhas já? (...) quando a mãe lá chegar, pode ser que a mãe lá nã chegue, mas s'a mãe e o pai lá chegar, arranjem logo um cantinho para a mãe e para o pai...no lar. Porque eu sou uma pessoa que compreendo, elas (filhas) nã podem deixar de fazer a vida delas p'ra tomar conta de mim e do pai...Portanto, estou preparada.
		2. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional	Acho que o nosso governo não vai ter condições para suportar estes idosos todos. Eu acho que daqui por mais uns anos, não digo na minha altura mas daqui por mais uns anos, os idosos será como antigamente; os idosos morriam em casa c'os filhos, tá a perceber? Mas digo mesmo de verdade. O governo não suporta porque há mais pessoas a dar-se do que a descontar porque as famílias..., fabricas que fecham ... (..) Eu penso muitas vezes nisso.

## ENTREVISTA LAR4 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Blocos	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
I – Situação de dependência do idoso: história e tomada de decisão	1 – Responsabilidade familiar face à situação de dependência do idoso	1. Responsabilidade familiar	Eu sinto-me assim, se eu um dia não puder ali ir, eu sinto-me mal, por isto, porque penso "ai, eu hoje não fui ali a vê-lo e como é que ele está? Quero ir ver com os meus olhos a ver como ele está. Tenho sempre essa preocupação, apesar de saber que ele está bem tratado.
		2. Acomodação face à situação inevitável	Passei por isto tudo (emociona-se). Tinha pudor, tinha vergonha de lhe mexer, de o lavar, de o vestir... Mas eu, os primeiros banhos, custou-me muito! Muito até, mesmo. Agora lá está. ali a Dr. <sup>a</sup> havia de ter reparado em mim! (fica comovida). Condo ela me disse que ele já tinha vaga para ficar de noite, fiquei contente, mas eu essas noites, eu não dormia! "Ai, como é que ele 'tará, dará-se bem, dará-se mal?, Ora mas atão, ele já não tem sentido, nã sabe..."
		3. Sobrecarga a vários níveis: o esforço subjacente	o Sr. Dr. dizia: "tem que ter forças, tem que ter coragem, ele é a doença de Alzheimer, isto dá esses sintomas... Dê banho ô sê irmão, nã tenha esses complexos!" Mas eu tinha! Ele é mais velho do que eu e eu não é só isso, porque era homem, porque nós, a nossa criação, pronto, foi diferente, não távamos habituados, a gente não se vestíamos diante dos irmãos. Onde quer que ia, tinha que o levar. E eu andava a noite de roda dele. Eu já não sossegava. é penei muito, tinha xixi de noite e atão era assim. Era muito pesado! Também tenho problemas e atão eu andava aí muito em baixo, não aguentava. Até a barba lhe fazia. Mas ainda andei a levar injeções e ainda andei também a fazer tratamento por causa da minha cabeça



		4. Sentimento da gratificação pelos cuidados prestados	Eu vou ali dar-lhe aquele bocadinho de apoio todos os dias, vou ali aquele bocadinho, (...) e ele pronto, deixa-se rir! Eu chegava, ia buscar um blusão mais grosso e aconchegava-o. E eu ficava bem, ficava bem!
	2 – Decisão sobre a institucionalização - timing, agentes, razões para a tomada de decisão	1. Timing da decisão	“Amanhã, se não sou capaz de me levantar, quem é que levanta esta alma? E quem é que trata dele? todos me deram o conselho, disseram-me “tu tens que pedir para de noite, tu não podes, tu não vês que já não vás podendo dar-lhe banho, arranjá-lo, tu não podes”
		2. Tomada de decisão: partilha ou individual	Os mês irmãos disseram-me logo assim “tu tens que começar a fazer os pedidos”
		3. Razões da opção Institucionalização	
		3.1. Grau de dependência/ Irreversibilidade de	Começou a perder-se, depois começou a não fazer a barba, a não se lavar. Não sossegava ele nem sossegava eu. “Isto tem tendência para piorar e não para melhorar”. Já está na cadeirinha de rodas, tem que estar atado.
		3.2. Indisponibilidade de familiar	Começaram-me a dizer “Tu já não vás podendo” Eu não descansava. Eu já não podia; Porque os mês irmãos, cada um está nas suas casas e é homem não é? Se fossem mulheres, talvez...
		3.3. Apoio formal insuficiente	Já estava tão cansada, tão cansada que já não podia. Porque isto era todos os dias, todos os dias a fazer este trabalho!
		3.4. Situação económica	É mesmo à conta. Porque ele agora ... não sabe o que é? Sabe o que nos vale? É quando vem o dinheiro das férias, dos subsídios de Natal, isso é que vai empalhar porque é assim, dantes não se pagava as fraldas e agora tem de se pagar, da reforma dele metade das fraldas que ele usa, além da pensão
<b>II – Acomodações do cuidador face à situação de institucionalização</b>	1 – Procura e escolha da Instituição	3. Escolha individual ou familiar	E eu fiz o pedido mas os mês irmãos apoiaram
		4. Razões objectivas para a escolha da instituição	Bem, ele já estava inscrito e já estava ali de dia. Eu fiz o pedido para de noite também
	2 – Acessibilidade e à Instituição e ao idoso	4. Meio de transporte utilizado e tempo dispendido	Vou a pé, estou aqui perto
		5. Horário para visitas	Vou quando posso, não têm horário
		6. Periodicidade das visitas e razão subjacente à mesma	Eu vou lá todos os dias, vou ali dar-lhe aquele bocadinho de apoio todos os dias, estou aqui perto, vejo como ele está, se está melhor, se está pior (...) quero ir ver com o s meus olhos a ver como ele está.
	3 – Actividade profissional e/ou de subsistência	6. Rotinas profissionais	-
		7. Sobrecarga económica	A reforma dele é mesmo à conta. Sabe o que nos vale? É quando vem o dinheiro das férias, dos subsídios de Natal, isso é que vai empalhar
	4 – Relações familiares e bem-estar psicológico	4. Afectação de obrigações familiares	E agora depois que ele está fora também está ocupado o tempo, não sabe porquê? Eu, o meu filho vive separado da mulher e eu é que lhe arranho aqui a roupa.
		5. Afectação de relações familiares	Não, não houve nada
		6. Sobrecarga psicológica ou gratificação face ao apoio prestado	Além dele não conversar, não sei, mas pronto, é vejo e ...fico bem. Quando eu não vou lá, não sei... Porque ele viveu sempre comigo!
	5 – Actividades lúdicas	2. Rotinas de lazer e bem-estar	Não tenho muito tempo livre. Cuido dele, faço as minhas coisas e pronto, chega. Nunca tive outras actividades. E agora depois que ele está fora também está ocupado o tempo, não sabe porquê? Eu, o meu filho vive separado da mulher e eu é que lhe arranho aqui a roupa.
	1 -	6. Acessibilidade	Vou quando posso, não nos impedem de nada. Não têm horário fixo

<b>III – Avaliação o das condições institucionais</b>	Comodidade e serviços	permitida (horário de visitas)	
		7. Condições físicas e de equipamento da instituição	
		8. Eficiência/qualidade de serviços prestados, avaliando:	De manhã têm que os assear, arranjar e depois são muitos ali ao mesmo tempo
		8.1. Qualidade e profissional dos cuidadores	Ele está bem tratado
		8.2. Quantidade de cuidadores face ao nº de utentes	Têm pouco tempo... enfim... São poucos... isso são, às vezes sim. São. Às vezes fazia ali falta mais gente porque o pessoal (utentes) é muito (...) e quase todos estão ali a depender delas todas. Eu na minha maneira de ver (...) elas muitas das vezes não dão conta! Havia de haver mais gente porque dão muito trabalho
		8.3. Empatia cuidador/utente	Nã tem reacção, deixa-se rir e diz que sim, quando está melhor (...) mas nã é dizer que ele fala comigo, nã fala. É um ir e pronto, ele deixa-se rir. Elas são meiguinhas para eles, têm jeito para isto,
		9. Actividades lúdicas da instituição, para e com os utentes	Às vezes fazem festas mas ele não liga;mas fazem excursões, levam-nos para a albufeira, à espiga... e fazem ali festas para os distrair, fazem, fazem...
<b>IV – Avaliação o da tomada de decisão e perspectivas futuras</b>	1 – Balanço da decisão tomada	1. Manutenção ou alteração da situação actual	Assim está bem
		2. Razões apontadas	Mas eu custou-me muito. Prontos, fiquei ... (...) os mês irmãos diziam “oh rapariga, tu dá graças a Deus que tu nã podias (...) e se caías aí numa cama doente e depois como é que era? Na hora não se arranjava facilmente isto, não é?” (...) e eu comecei logo a ir ali também para ver se ele não sentia tanto a minha falta,
	2 - Perspectiva sobre a problemática do envelhecimento	1. A visão sobre a problemática do envelhecimento	Não sei ...eu ponho-me assim, eu não gostava de chegar – mas a gente nã mandamos – a ser mais velha, compreende? Se for com saúde, talvez. Sou uma pessoa, hoje penso assim, porque eu (...) se precisar de ir para o Lar, isso a mim não me faz diferença. Dantes não pensava mas agora, não sei se foi por ter tido este trabalho (...) oxalá que, eu não queria, mas se tiver que, oxalá eu não precise de ir para ali (...) mas se chegar a essas idades (...) porque o meu filho tem a vida dele (...), não vai deixar o emprego, eu hoje conheço isto assim, se eu um dia precisar de ir para um lar, tenho que ir. (...) O meu filho não pode perder a vida dele por causa de mim (...) se eu chegar a ser mais velha, não gostava de dar fezes. Não gostava de ser uma pessoa dependente das outras pessoas (...) como o meu irmão, não (...) isto é triste! Enquanto nós pudemos arranjar-nos, assear o nosso corpinho, enfim... mas quando se chega a uma coisa dessas, isso é viver? Eu compreendo assim, não é viver!
		2. Opinião sobre as respostas políticas à problemática do envelhecimento populacional	Porque cada vez há mais gente idosa, os descontos não entram lá, pelo contrário (...) há muito pouca gente a trabalhari e eu..., não sei se o governo tem mão nisto, não me parece! Os idosos, daqui a uns anos, terão uma vida muito complicada. Exactamente. É isso. Com muito pouco apoio. Cá está. É por isso que eu não quero chegar a ter essa idade! Aí está! (...), se a gente fica num cantinho, não é? Ai, Deus nos acuda, Deus nos acuda, não é?



## TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

## FAMÍLIA AD 1 - RESUMO DO 1º CONTACTO, ENTREVISTA INFORMAL NÃO PROGRAMADA

<b>Situação</b>	Idoso em situação de dependência grave, acamado, afásico, escariado, com demência e Parkinson
<b>Rede familiar</b>	<b>Casal</b> , esposa 67 anos, marido, 74 anos, ambos aposentados da segurança Social; Ambos divorciados de 1º casamento, ele tem uma filha em Itália, com quem tem contactos esporádicos, por telefone; Ela tem um filho, casado, residente em R. Mouro, 2 netos, com contactos esporádicos, por telefone e ausência de visitas após início da dependência do padraсто – com quem se dava bem e que diz não conseguir ver na situação de dependência em que está. Não visita a mãe por não poder ver a situação de degradação do padraсто. Quando a mãe disse para ele ir e não entrar no quarto, disse que não é capaz porque <i>“ele não é nenhum bicho, para eu ir aí a casa e não entrar no quarto”</i> . A rede familiar fechou-se. A D. R vive angustiada com a ausência do filho e netos, de quem tem muitas saudades, passa meses sem os ver. É a dor da ausência e da falta de apoio que a mesma provoca. Sente-se sozinha, com o marido para cuidar. A irmã vem, dia sim, dia não ou quando pode, para dar algum apoio mas tem a vida dela, o marido é que guia e também tem problemas de saúde, também já têm alguma idade.
<b>Rede social</b>	O marido antes era uma pessoa que gostava de conviver com os amigos. Actualmente há pouco convívio social, ele está acamado e recebe poucas visitas – de vizinhos, alguns amigos e poucos familiares; A esposa gostava muito de passear, de andar na rua, ver montras, ir à praia. Actualmente, está isolada, não faz nada disso, quando sai é sempre a correr para não o deixar muito sozinho. Faz as compras por várias vezes para não se demorar. Há uma vizinha que ficava com ele às vezes mas um dia comentou <i>“a vizinha anda sempre na rua, está sempre a sair”</i> : a Sr.ª ficou incomodada, sentiu-se <i>“vigilada”</i> quando saía e no tempo que demorava. Não voltou a pedir-lhe ajuda, se for preciso pagará a alguém para ficar com o marido. Convive com alguns familiares mais afastados, amigos e vizinhos mas são eles que a visitam. Raramente vai a casa de alguém, tem que ser sempre à pressa. Moram na mesma casa há muitos anos.
<b>Situação de dependência</b>	<b>Dependência progressiva</b> : Psoríase há vários anos, ultimamente já muito acentuada mas o doente <i>“escondia”</i> a situação, sentindo-se incomodado, mesmo com a esposa, não fazendo a higiene, vestir ou despir junto da mesma. <b>Dependência súbita</b> : Sofreu AVC em Agosto/2007, grave. Sofreu perda de visão, perda de algumas faculdades mentais; ficou com dificuldade em levantar/deitar, higiene pessoa, vestir Em Dezembro 2007 e Janeiro 2008 teve dois picos de agravamento acentuado; Iniciou tratamento psiquiátrico por crises de agressividade e desorientação mental; Passou para cama de grades para não cair. Em Março esteve novamente internado por broncopneumonia. Tem queixas sobre a maneira como o marido foi tratado: fizeram-lhe a barba uma vez em 15 dias de internamento e porque gratificou particularmente uma auxiliar, não lhe mudavam a fralda as vezes necessárias (teve alta hospitalar escariado, sem cuidados de enfermagem e sem indicação à esposa sobre como tratar o marido), tinham pouco pessoal para tantos doentes, punham-lhe o comer junto mas não lho davam a tempo (ficava frio); havia pouca assistência das auxiliares, que não mostravam um sorriso e tinham maus modos no relacionamento com o doente e esposa (houve uma auxiliar que foi excepção, era <i>“boa”</i> ). O apoio médico foi <i>“uma simpatia”</i> . Teve alta acamado, incontinente urino-fecal, afásico, ausente mentalmente com frequência. Não teve qualquer explicação sobre como lidar com a situação, apenas saiu com indicação para se dirigir ao médico de família. Actualmente mantém-se a situação, acrescida de muita dificuldade em deglutir (apenas come papas, iogurtes e pouco mais); previsivelmente passará brevemente a ser alimentado por sonda naso-gástrica. <b>Prognóstico clínico</b> : situação irreversível com agravamento progressivo
<b>Decisão sobre Apoio Domiciliário</b>	Esposa considerou, desde o início da doença, que o marido ficaria na <i>“sua”</i> (dele) casa enquanto houver capacidade de resposta – à partida será enquanto ele viver; <i>“Lar, nem pensar”</i> , particulares são muito caros e IPSS não há vaga e seria matá-lo mais rapidamente. Já teve familiares lá internados, dão comprimidos para dormir É melhor cuidado em casa; se fosse institucionalizado morreria logo (por cuidados insuficientes, na opinião da esposa) Cônjuge assume todos os cuidados a prestar O total dos rendimentos do agregado familiar é insuficiente para suportar a mensalidade de uma instituição privada. Numa pública (IPSS) não há vagas nem a esposa o colocaria lá (assume que há cuidados insuficientes nos casos de grande dependência) É a decisão correcta, não podia ser outra, não está arrependida mas deixou de ter espaço para si; deixou de ter contacto com o filho, nora e netos Afastamento do filho (que não é filho do marido, este era divorciado tal como a esposa actual) e nora por <i>“não conseguirem vê-lo”</i> na situação de dependência em que se encontra
<b>Acomodações face à situação de dependência</b>	Cônjuge deixou de trabalhar Adequação do quarto do casal com introdução de cama articulada As rotinas exteriores de lazer e convívio do núcleo familiar extinguiram-se; Idem com vizinhos e amigos. Há perdas lúdicas. A esposa gostava muito de sair, de passear com amigas, de ir à praia e agora já não o pode fazer. Não o pode deixar sozinho.

	<p>A higiene é feita no leito; Introdução de cama articulada, almofadas anti-escara, movimentação frequente/mudança de posição no leito</p> <p>Conversa com o marido, faz-lhe carinhos, tem a televisão ligada para ele ouvir o som embora nesta altura ele já não mostre qualquer reacção</p> <p>Há rede de apoio exterior: IPSS dá apoio na higiene de 2ª a 6ª feira. À noite e fim-de-semana é a esposa. Ao fim de semana não tem apoio exterior porque é mais caro e não há vaga na instituição</p>
--	---

## FAMÍLIA AD1 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** Tendo em conta que, no primeiro contacto, foram fornecidas informações relevantes, na presente entrevista são focados apenas os aspectos que não foram abordados, ou que o foram de forma incompleta nessa altura.

P: Quais as vossas habilitações literárias, suas e de seu marido?

FA: A instrução primária, os dois

P: Como eram os vossos tempos de lazer, como é que ocupavam os tempos livres, antes de isto acontecer?

FA: O meu marido era só ver televisão ou ir ao cinema. Eu era mais ler. O meu marido era só televisão, tinha todos os canais e mais um... que eu agora desliguei, claro.

P: Portanto não eram de sair, de passear ...?

FA: Quer dizer, saíamos assim com uns amigos, que moram cá em baixo. Tínhamos amigos na Aroeira, íamos para o meu filho... mas não era assim... a televisão era a perdição dele e o cinema.

P: Eram assim um bocadinho mais caseiros... Mas a Sr.ª gostava de sair?

FA: Sim, muito, muito. Eu ia ter com uma amiga minha que tem uma casa de desporto, íamos para os centros comerciais e assim ... e ele ficava a ver filmes... Por isso é que eu agora estou assim mais... estou "presa", sem fazer mal a ninguém! (ri-se nervosamente)...

P: E sente-se ...

FA: Ah sim, hoje tive que tomar, há bocado, um calmante, estava muito em baixo ...

P: Em relação ao problema com que está agora, a dependência do seu marido, encara isso como uma obrigação familiar com certeza mas isso trouxe-lhe uma série de sobrecargas que não...

FA: Tive que deixar de trabalhar, que trabalhava...

P: Portanto quando se aposentou, foi por essa razão, para dar apoio ao seu marido?

FA: Exactamente. Estava de férias, foi a 18 de Agosto, estava de férias, imediatamente no hospital disseram-me logo que... pronto ... não tinha solução, o problema do AVC, no sítio em que lhe deu...

P: Não haveria recuperação...

FA: Sim. Já não fui mais, acabei as férias mas já não fui trabalhar mais.

P: Trabalhava onde?

FA: Pronto, eu tinha uma loja mas entretanto as coisas estavam mal, tinha fechado..., estava em casa de umas pessoas idosas, só a fazer companhia, mas não era nada... pronto, só para companhia, para ir com eles ao médico... porque eu não gostava de estar em casa (...)

P: Portanto, em termos económicos, isso também a afectou?

FA: Afectou bastante porque eu ganhava 150 contos e tinha subsídio de férias e subsídio de Natal. Foi ... agora, tendo mais despesa, ainda tive isso a menos

P: Entretanto... mas há-de reformar-se?

FA: Já estou reformada. Quando fechei a loja reformei-me. Mas quando a gente trabalha por conta própria tem sempre reformas...

P: Reformas pequeninas ...

FA: Pois .... E as despesas agora são muito, muito maiores. Eu estou à espera, que ainda hoje telefonei para a Segurança Social, que o meu marido era para lá ir em Fevereiro (...) eu disse que era impossível (...) até à data. A médica está a juntar muitos doentes para depois vir a casa ... ainda hoje eu disse (...) estão à espera que os doentes morram sem o mínimo de conforto – que não é o caso mas pronto – desde Fevereiro para vir cá a casa ... está à espera de mais doentes...

P: Devia ser ao contrário, com poucos doentes devia ter mais tempo ...

FA: (...) eu disse, é impossível desde Fevereiro, ela estar à espera! Se não aparecer mais ninguém desta zona, ela não vem! (...) Mas eu para a semana vou lá. Nem sei se a importância é muita se é pouca, mas é a maneira como tratam as coisas...

P: (...) Em relação à tomada de decisão de tomar conta dele, a Sr.ª decidiu ficar com ele, já vimos... (...) Adaptações à casa, pelo facto dele estar assim, foi só no quarto?

FA: Sim, como ele não podia ir para a cadeira de rodas, foi só tirar coisas do quarto e arranjar cama de grades...

P: Em relação ao seu relacionamento com ele, o facto de ele ter a outra doença, disse-me no outro dia, ficava um bocado envergonhado mas ...

FA: Nunca tivemos problemas, porque eu nunca levantei problemas, não. Eu nunca deixei de dormir com ele, ele isolava-se mais, chegava a tomar 3 banhos - o que lhe fazia mal - punha as pomadas, quando ia para o quarto já ia vestido de maneira que não se visse, não nunca tive problemas, ainda no outro dia li uma revista que diz que há divórcios por causa disso e eu até fiquei assim ... não tivemos problemas (...) eu cheguei a tirar carpetes e tapetes porque lhe caíam aquelas coisinhas e eu chegava ... e acabei por tirar e às vezes chegava e muitas das vezes até aspirava antes de eu chegar (...)

P: Em relação à higiene diária ...

FA: Tenho as pequenas da Quinta de S. Miguel, de 2ª a 6ª, menos feriados nem sábados nem domingos. E é as enfermeiras... ao fim de semana faço-lhe eu a higiene. Elas vêm de manhã às 9 e tal, depois vêm por volta das 3 e 30h (...) e depois a partir daí sou eu, nunca me deito antes da uma da noite para lhe pôr já a fralda. Até lhe ponho duas para estar a noite toda, pronto, para não estar a maçá-lo também.

P: Porque ele queixa-se ...

FA: pois... ai... ai ... ai...

P: Tem almofadas anti-escaras e ...

FA: Tem e tem o colchão. Tem muitas almofadas, (...) almofadas entre as pernas, almofadas para estar de lado, almofadas no cotovelo... porque ele está ferido em todo, todo o lado.

P: E vai-o mexendo de vez em quando?

FA: Pois. Há bocado virei-o, agora quando elas vierem muda-se para o outro lado e depois, a partir daí, sou eu até amanhã de manhã.

P: Durante a noite ele chama-a?

FA: Não, agora já não. Antigamente tinha medo, via coisas que lhe queriam fazer mal, que a casa não era a dele (...) agora não. Dantes, era mãe isto, mãe aquilo. Agora já não ... não ...

P: em relação à alimentação, (...) está a comer pouco?

FA: Pouco. É batidos... sopa, não a come (...) iogurtes, bledines... E é tudo à seringa, umas vezes cospe, outras vezes engole.

P: tem que ser com intervalos menores, como come pouco?

FA: Pois... e vou-lhe dando água, com a seringa da água, mas ele umas vezes abre a boca, outras vezes não abre... E agora já não respira tão... acho que ele está a respirar mais leve ... (...) há uma semana para cá, não sei ...

P: Tem ali a televisão, a princípio ele ainda ligava?

FA: Sim, mas agora não. Às vezes eu acendo-lha, quando as moças estão cá, mas depois apago porque ele ... eu aspiro, faço tudo e ele não reage... não dá o mais pequeno sinal com o barulho, não dá o mais pequeno sinal...

P: Pode não ouvir mesmo?

FA: Eu acho que ele ouve mas não tem reacção (...) ele antes era oh mãe ..., oh mãe..., agora não reage

P: Em relação à rede de apoio tem estas senhoras que fazem a higiene, tem as enfermeiras que vêm tratar das escaras, fora isso é a senhora que, portanto, acaba por ser o apoio principal, porque está sempre, a toda a hora. A nível de apoio exterior não sente falta de mais apoio, tirando o problema do fim-de-semana?

FA: Não. Tirando esse não (...) estava à espera para ver se vinha o outro apoio (...) já era mais uma ajudinha.

P: Os laços familiares foram bastante abalados?

FA: Sim, foram. Tenho gente muito amiga mas os amigos é uma coisa e a família é outra!

P: A decisão que tomou de ficar com ele em casa até ao fim, foi uma decisão definitiva?

FA: Foi logo imediatamente. Não pedi a mais ninguém. E eu estar a trabalhar para pagar é diferente.

A entrevista foi interrompida pela chegada das funcionárias que vieram fazer a higiene da tarde

P: Sobre a hipótese de o pôr num lar, já me disse que não....

FA: Não, isso não. Naquele estado então ... só quando ele estava violento ainda pensei nisso mas neste momento não (...) está fora de questão. Só se me acontecesse alguma coisa a mim (...) enquanto eu puder vou fazendo.

P: Quando ele ficou assim, acha que teve a informação suficiente para poder tratar dele, informação suficiente?

FA: Não, não, foi tudo à minha custa, foi tudo à minha custa (...) tudo, tudo, todo! Agora, ultimamente tenho aprendido com elas mas fui fazendo conforme sabia, agora já faço com mais facilidade porque já vejo como elas fazem, ou seja, quando são duas custa muito menos, não é?

P: Acha que devia haver instituições que prestassem apoio a estas famílias, que ficam com situações pesadas?

FA: Sim, sim, acho, exactamente, claro! Porque neste momento, se me acontece alguma coisa, ele não tem ninguém! A filha está na Itália e não é a minha nora que vem tratar dele, tem a vida dela e também está empregada (...) eu às vezes, vou na rua e penso Deus queira que não me aconteça nada, Deus queira que eu não caia, que ele não tem mais ninguém. Tem dois sobrinhos, têm a vida deles; tem uma irmã, está num lar, está com tromboes há 30 anos, agora anda a fazer hemodiálise 3 vezes por semana.

P: Mas em relação ao apoio que é prestado às famílias que têm situações destas, acha que devia haver mais informação, em termos de cuidados, de como lidar com estas situações, higiene...

FA: Acho pois. Acho que sim, pois. Exactamente.

P: E a nível psicológico?

FA: Sim, também acho que sim. Eu agora, não me sinto bem... eu vou à rua, claro. Vou, vou ao supermercado ... mas não posso ir para os médicos e estar lá três ou quatro horas... Quem é que fica aqui?

P: Portanto, a Sr.<sup>a</sup> está sempre stressada, vai sempre à pressa?

FA: Pois, exacto. Porque aqui a minha vizinha do lado estava sempre a oferecer-se, da primeira vez que lhe pedi para ir à Caixa, daí a um bocadinho já me estava a telefonar... Porque ele, naquela altura, estava sempre a perguntar por mim, mas ela é que queria ir para a rua e... por isso nunca mais pedi. Vou, olha, vou, está na cama, ele não cai! Porque ele antes ainda abanava as grades, agora não. Vou ... mas às vezes ... convidam-me, vem almoçar, podias cá almoçar! Alguma vez eu vou descansada almoçar para casa de alguém? ... Tenho uma moça amiga minha que mora aqui perto, sábado vai lá ver a minha casa, fez agora obras (...) eu calei-me mas eu não ... é aqui a dois passos mas eu não me sinto bem. A minha vizinha do rés-do-chão quando faz grelhados, eu vou lá, mas, claro, subo e desço as escadas. Agora ir assim ... não! Não tenho coragem para fazer isso. (...) É como o meu filho, no outro dia, ah eu não vou aí, não sou capaz! Não vês os meninos ... não arranjas ninguém para ficar aí, que eu vou-te buscar e depois vou-te pôr. Oh filho... ora a quem é que eu vou pedir para ficar aqui? Vou dizer à minha vizinha, olhe, fique aqui? ... Não vou! (...) Às minhas irmãs? Então, agora ficarem aqui? Eu ... eu já me habituei ... isto agora as pessoas não se sentem bem em ir ali ao quarto e vê-lo ... estavam habituadas a vê-lo bem e querem ficar com a imagem dele, de como ele era. Por exemplo, vou arranjar o cabelo .... É aqui perto, eu vou, assim que lá chego, elas já sabem (...) é rápido porque ... mas pronto, vou naqueles intervalos em que lhe dou comer e ele está sossegado. Mas dá meia hora, uma hora no máximo. Agora ir para outros lados, não vou. E eu muitas vezes estou ... estou ... deprimida porque ... pronto, estava habituada a sair (...), ia com a minha irmã e agora ... pronto (ar triste, deprimido)

P: Não pode ir mas também não tem com quem fale, desabafe?

FA: Pois ... tenho uma amiga que todos os dias vem para aqui mas é diferente, não é? As pessoas também, às duas por três, começa a ser muito tempo, saturam-se, não é? Não têm obrigação de vir aqui a toda a hora e a todo o instante. A minha irmã também vem, dia sim, dia não, mas ... é diferente, é hoje, é amanhã, as pessoas também ... (...) não são coisas que se peçam a uma vizinha para ficar aqui assim, não ...

P: É uma situação complicada?

FA: É. Devia haver umas coisas, onde tivessem umas pessoas pronto, olhe, a Sr.<sup>a</sup> hoje, agora, pode estar descansada... pronto ... era preciso ter-se confiança também, não é?

P: Sim, da mesma maneira que vêm fazer a higiene, não é?

FA: Sim. Eu tenho uma moça de confiança, nestas moças, já tenho ido à médica e na véspera ou de manhã, olha, levem as chaves que eu logo vou à médica ... embora ela me dê ordem, por telefone, mas depois sempre tenho que esperar um bocadinho ... Elas levam a chave, vêm fazer o que têm a fazer (...) às vezes não está sujo e depois sou eu que tenho que fazer tudo ...

P: E é difícil uma pessoa sozinha?

FA: Ah, então não é? E depois virá-lo, e fazer e tudo... é muito difícil, é muito, muito difícil. Elas vêm e pronto. Vêm dentro dos horários ... (...) de manhã vêm às 9,20h, 9,10h ... à tarde, por volta das 3 horas e eu, ah... é tão cedo ainda ...

P: Têm outros sítios onde ir também?

FA: Pois, pois, também é o trabalho delas, a gente não ... e diz que cada vez há mais, as enfermeiras queixam-se que cada vez há mais doentes e eles depois também ... e a Segurança Social não ajuda, porque se ajudasse, metiam mais pessoal... elas saem às 5h, a maior parte das vezes às cinco ainda estão a tratar de doentes e não ganham mais por isso (...)

P: Em termos de apoio, para estas pessoas, o estado funciona mal?

FA: Mal? Pessimamente, pessimamente ...

P: Dá pouco apoio?

FA: Então, está a ver a Sr.<sup>a</sup>, está-se à espera, desde Fevereiro, 14, para arranjar mais doentes para vir dali da Segurança Social, para vir aqui? Admite-se? Não se admite...

P: É verdade

FA: Depois, às duas por três, também nos revoltamos, acabamos por dizer o que devemos e o que não devemos porque a saturação já é tanta!

P: E as pessoas têm que desabafar...

FA: Pois, exactamente (...) As enfermeiras são boas e assim ... mas são poucas. A Dr.<sup>a</sup> e a Assistente Social diz que a Segurança Social não dá apoio (...) não ajuda mais e cada vez pior, cada vez há mais idosos, mais doentes ... eu até compreendo (...) Devia haver outras soluções ... As pessoas às vezes... então o seu marido? Está em casa? Eu, então onde é que havia de estar? Não está no Hospital? Mas eles querem-no lá no Hospital, porventura? Eu nem sei como é que eles desta vez, em Março, esteve lá 15 dias porque era infecção pulmonar... (...) quando lhe deu o AVC esteve lá 5 dias (...) entrou a um domingo e saiu na 6.<sup>a</sup> feira (...) Chamaram-me e disseram-me logo quem é que tomava conta dele? (...) Porque isto ia piorar ... eu disse, sou eu, sou só eu, tenho que deixar de trabalhar (...) agora o pior é as feridas porque ao principio (...) ele ajudava, era cansativo mas fazíamos (...) íamos à tardinha dar uma volta, que ele não queria estar em casa ... Agora assim? Como é que ... eu vou, eu vou, mas chego a ir 3 vezes à rua e 4 ... porque não ando descansada a fazer as coisas... não há apoio, não temos e cada vez está pior, a educação e a saúde então ...

P: Pois, também são as que vêm mais a público (...) está complicado ...

FA: E elas dizem, o seu marido aqui tem todas as condições, a gente vai a casas que... as pessoas, coitadinhas, também não têm possibilidade de comprar... fraldas... porque eu gasto tanto dinheiro em fraldas ... é as dodots, é os resguardos ...

P: E a Segurança Social não fornece nem dá apoio para isso?

FA: Nada, nada, eu não tenho nada! Só tenho os 90 euros do complemento por dependência, mais nada (...) entreguei tudo o que recebíamos (...) os remédios daquele mês, as despesas da casa, água, luz, a assistente social diz que chega a demorar 2 anos a vir alguma coisa e não é ... fazem uma média (...) eu como vejo que as coisas demoram tanto tempo e assim (...).

FIM DA ENTREVISTA

## FAMÍLIA AD2 - RESUMO DO 1.º CONTACTO, ENTREVISTA INFORMAL NÃO PROGRAMADA

<b>SITUAÇÃO</b>	Idoso em situação de dependência grave, acamado, afásico, escariado, com demência e Parkinson
<b>Rede familiar</b>	Casal reside sozinho, têm 2 filhos, um reside em Braga, é enfermeiro, casado e com dois filhos; o outro é solteiro, vive perto da casa dos pais;
<b>Situação de dependência</b>	<p>Há cerca de 3 anos que surgiram os primeiros sintomas mais graves: começou a perder-se, a desorientar-se no espaço, a desmaiar repentinamente, ainda trabalhava e aconteceu.</p> <p>- O diagnóstico inicial foi Parkinson e posteriormente Alzheimer.</p> <p>A evolução foi lenta no início. A esposa não se apercebeu que já eram sintomas: fechava-se no quarto, não queria barulho nenhum; Numa segunda fase surgiram alguns episódios de agressividade; Numa terceira regressou à infância: queria carros, brinquedos, queria dar bonecas à esposa; A seguir queria dar tudo a toda a gente: prometia fatos à família (sobrinhos), prendas... ficou sem orientação espaço-temporal</p> <p>- Está acamado há cerca de 1 ano; Está incontinente; Actualmente não come sozinho, não segura nada nas mãos, deixa cair, tem alturas em que não reconhece ninguém (os filhos diz que são sobrinhos ou irmãos, à esposa diz que é mãe), outras vezes ainda conhece e responde certo; Tem dias em que está lúcido e outros não.</p> <p>- Faz infecções respiratórias com frequência;</p> <p>- Do último internamento hospitalar (Março 2008) veio com escaras, que têm estado a ser tratadas e que já estão muito melhores. Esteve três dias na maca e oito internado;</p> <p>- As noites são más, tem tosse e dores, geme muito a chamar a esposa para mudar de posição; Faz sons muito pequenos, não dá tempo para a esposa descansar. Só descansa sábado à noite, quando a cunhada está.</p>

<b>Rede de apoio</b>	Há apoio nos cuidados de higiene, todos os dias de manhã e à noite, por pessoa particular que apoia também na lida da casa e que já é conhecida da família há muito tempo; - Não quis apoio de Instituição por só fazerem a higiene e nem sempre coincidia com a hora em que era necessário fazê-la - Há apoio de uma irmã do doente, quase todos os fins de semana. É muito importante porque, como fica/dorme de sábado para domingo, a esposa aproveita essa noite para conseguir dormir descansada porque sabe que está alguém a vigiar, no caso de ser necessária alguma coisa. - Tem médico de família, que é muito bom, está sempre disponível, se a esposa precisar de falar com ele, é logo atendida sem ficar à espera, ele sabe que o doente fica sozinho. As enfermeiras que vão fazer o tratamento das escaras também são muito eficientes e muito simpáticas. - Os vizinhos apoiam, antes ajudavam mais, quando ele caía ou se era preciso ir ao médico. Agora já não é preciso essa ajuda mas se precisar ir à rua estão disponíveis para ficar com o doente.
<b>Situação psicológica</b>	A esposa diz que tem a obrigação de apoiar o marido mas afirma " <i>Deixei de ter vida própria, para onde quer que eu vá, o problema vai comigo</i> "; Fazia hidroginástica, tem problemas vasculares (tem problemas linfáticos pós operação às varizes) e agora há três meses que não consegue ir; Paga e não está a usufruir, é muito tempo para o deixar sozinho e depois há a censura social "vai para a natação e deixa o marido sozinho em casa tanto tempo!" E não se atreve a pedir a vizinhas para ficarem com ele para uma situação destas. E não pode ir e deixá-lo sozinho (embora não houvesse problema à partida e a Sr. <sup>a</sup> que a ajuda ia vê-lo de vez em quando mas é muito complicado. De manhã vêm as enfermeiras e ela gosta de estar em casa, à tarde há sempre visitas e depois chegavam e ela não estava em casa... é muito complicado, não resulta. E estava Sempre preocupada, afirma. <i>Prescinde de se tratar</i> porque ele precisa mais dela.
<b>Situação económica</b>	O doente tem Complemento por Dependência, II Grau, da Segurança Social. Tem que comprar as fraldas, não têm apoio. A situação económica ainda é suportável com as pensões dos dois mas tem que ser com alguma ginástica. Os filhos ajudarão, se for necessário, mas por enquanto ainda não é.
<b>Opção Institucionalizar</b>	Está fora de questão porque tem obrigação de o tratar e porque se o pusesse num lar ele morria logo: sempre foi contra os lares e isso seria sentir-se despejado de casa. E se ele trabalhou tanto para ter uma casa e depois despejá-lo, não, não faria uma coisa dessas. Só se for de todo impossível tratá-lo em casa, por incapacidade própria. Porque nunca se sabe o futuro e isso é uma coisa que a assusta muito: pensar que pode não aguentar a situação. Aí não sabe o que será dele porque se estiver com alguma lucidez, morre de desgosto. Se for preciso, contrata mais pessoas, os filhos ajudam, mas tirá-lo da sua casa nunca.

## FAMÍLIA AD2 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

132

<p><b>OBS:</b> A CI (esposa) foi auxiliar da acção médica num hospital, o que lhe proporcionou conhecimentos técnicos que a ajudaram a conseguir lidar melhor com a situação de dependência do marido, concretamente, nos cuidados de higiene e bem-estar</p> <p>P: (...) Quantos anos têm, a Sr.<sup>a</sup> e o seu marido?  FA: Eu tenho 60 e ele 63  P: E habilitações literárias?  FA: A Instrução primária, só  P: Em relação às actividades de lazer e tempos livres, ele não tem...  FA: Não tem ele nem tenho eu...  P: Tinha a sua hidroginástica, que neste momento está ...  FA: Fui operada às pernas, correu mal. Tinha a hidroginástica Tive que parar mesmo, não posso. Paguei e tive de parar mesmo, não posso, não consigo.  P: Não consegue conciliar o horário e ter disponibilidade para, porque?  FA: Não consigo, não consigo e... apanha-me um bocado de tempo, no mínimo são duas horas  P: E estar duas horas fora de casa é complicado?  FA: É, é complicado. E se chegava alguma visita ou alguma vizinha? O que iam dizer? Que eu fui passear e o deixei sozinho? Não, não, as pessoas também não compreenderiam. É por tudo, por tudo. Prefiro não ir, faz-me muita falta mas paciência.  P: Em relação à rede familiar, já falámos, é a irmã do seu marido que vem cá dar apoio aos fins-de-semana e isso serve para a senhora descansar um bocadinho à noite, porque ela fica cá e a senhora, enquanto dorme, está descansada, sabe que há alguém que...  FA: Sim, sim porque se houver alguma coisa ela está alerta  P: Como é que encara esta responsabilidade de cuidar dele? Também já falámos disso no outro dia mas?  FA: É muito difícil. Quer dizer, eu encaro que é uma responsabilidade muito grande. Primeiro, eu costumo dizer que reformei-me de um hospital e comecei a trabalhar num lar  P: Só que com um utente, ou menos?  FA: Mas que se calhar me dá mais responsabilidade do que se tivesse cinco ou seis ... (sorri)  P: Pois, porque é uma responsabilidade não partilhada, é toda sua?  FA: É. É toda minha. É o ele, se lhe der água e ele se engasga, porque eu fico aflita, porque lhe pode acontecer alguma coisa, é tudo, não é?  P: Sente que devia ter tido preparação para tomar conta duma pessoa nestas condições?  FA: Eh! Não. Eu acho que nestas condições, devido a eu ter trabalhado tantos anos num hospital e tendo visto coisas tão...  P: Complicadas?  FA: Complicadas como vi, como ajudei, acho que eu, de certa maneira já estava preparada. Nunca estamos preparados é para aceitar os nossos, porque é um bocado diferente</p>
---



P: Mas a nível geral, tem noção de que as famílias que têm idosos dependentes, não têm apoio, não há quem lhes dê preparação, quem lhes dê apoio, quem as ensine, como fazer, como lidar?

FA: Preparação, não, não sabe, não têm preparação, não têm apoio, não sabem sequer como deitar o doente, como pôr uma almofadinhas para ele ficar mais confortável, muitas vezes não sabem. Ainda há dias uma senhora comentava comigo que se tivesse um caso desses nem sequer sabia como é que o havia de pôr melhor para ele estar mais confortável, na cama!

P: As enfermeiras que vêm tratar das escaras só tratam das escaras ...

FA: ... só tratam das escaras, mais nada...

P: ... e também não dão formação nenhuma em relação ao cuidado do doente?

FA: Nada, nada. Não. Só tratam das escaras mesmo, que elas têm muitos, muitos doentes e portanto só tratam mesmo disso.

P: Portanto... onde pôr a almofada, quando mudar, como mudar a almofada, tudo isso tem a Sr.<sup>a</sup> que aprender por si própria

FA: Sim. Oh, eu também já sabia, não é? Já estava dentro desse assunto mas claro que é uma responsabilidade, é mais uma responsabilidade minha, não é?

P: Portanto, psicologicamente, sente que é uma responsabilidade

FA: Sim, é uma responsabilidade, é uma responsabilidade para mim, pois e ... não é pequena porque, vamos que eu lhe estou a dar de comer e ele se engasga?

P: Como é que a Sr.<sup>a</sup> se desenrasca, o que é que lhe faz, não é?

FA: Pois, chamo o 112 não é? Dou-lhe umas pancadinhas e não sei quê ... (faz uma pausa) mas ... quer dizer, tudo isso são coisas que ...

P: Se houvesse alguma preparação, pronto, no seu caso teve, mas à sua conta e porque trabalhou nesse... mas se não tivesse preparação nenhuma, era complicado gerir isso, não é?

R: Era. Era muito mais difícil.

P: E portanto, essa sobrecarga vai-se reflectir, nas actividades domésticas também, portanto a Sr.<sup>a</sup> tem muito mais trabalho do que tinha antes?

FA: Muito mais trabalho, muito mais roupa para lavar, muito mais roupa para engomar, muito mais... é tudo, tudo porque é uma cama que tem que ser mudada todos os dias.

P: Teve que reorganizar os seus horários?

FA: Foi tudo, tive que reorganizar tudo, tudo. Foi tudo, porque tudo se mudou. Foi uma volta de 180 graus

P: E, psicologicamente, como é que se sente com isto tudo? Para além da sobrecarga?

FA: Ah... (soltou um longo suspiro, de cansaço) sinto-me revoltada, em certos momentos acho que senti uma revolta muito grande...

P: Pela falta de apoio ou pela fatalidade?

FA: Por a fatalidade que aconteceu porque acho que no fim de, tanto ele como eu, termos trabalhado tanto, merecíamos algo mais! E tínhamos preparado a vida para...

P: E a situação caiu precisamente na altura em que se reformou? Porque ele já estava, ele aposentou-se por isso...

FA: Foi, ele aposentou-se por isto.

P: Porque ele já estava, mas não estava tão mal quanto, portanto quando a Sr.<sup>a</sup> se aposentou é que caiu mesmo...

FA: Foi. Nessa altura é que foi mesmo. Foi assim, de dia para dia, vai abaixo, abaixo, abaixo, abaixo, até cair. Claro que eu aí psicologicamente fui-me muito, muito abaixo porque eu achava que nunca me ia acontecer a mim. É que nós achamos que só acontece aos outros, mas acontece-se, Quando menos esperamos (pausa) e foi muito complicado, muito complicado, e tive que começar a ser medicada porque... eu não conseguia! Eu não conseguia porque aquilo era assim, eu olhava para ele, via que ele não era capaz de comer, via que ele não era capaz de dizer o nome dos filhos, o nome dos netos, o nome de não sei quê e eu saía de ao pé dele e desatava a chorar. E eu achei que ... não podia levar a vida nisto ... (pausa), claro que o médico disse que ...

P: Portanto a própria doença dele lhe criou um choque difícil de gerir?

FA: Muito grande, muito grande. Eu nunca pensei que fosse isto. Eu nunca pensei... eu sempre achei que ... eu via que ele não estava bem mas nunca pensei que fosse tão grave, pensei que fosse uma coisa mais... pronto de se aguentar assim uns anos bons, ele pela minha mão, ir à rua, darmos umas voltinhas, mesmo que fosse assim, pronto, só que eu conseguisse metê-lo dentro do carro e que fosse, já não era mau e depois com a ajuda de uma cadeira de rodas e não sei quê, a coisa já se equilibrava melhor. Mas quer dizer, a pessoa começou a ver-se ali assim, trancada entre quatro paredes, é muito complicado! ...

P: Ele está acamado há quanto tempo?

FA: Há quase um ano

P: E foi na sequência de? Ele ficou assim porque?

FA: Ah... Falta de equilíbrio.

P: Mas quando ele esteve internado agora foi por um problema de infecção respiratória?

FA: Infecção respiratória. É a segunda vez que ele é internado por infecções.

P: Ele não acamou repentinamente, (...) não houve AVC, não houve fractura, não houve nada? Foi mesmo evolução da doença?

FA: Sim, embora digam que ele tem feito micro AVC's, pequenos AVC's, mas que é normal

P: Foi progressivamente, foi perdendo as faculdades até que um dia deitou-se e já não se levantou?

FA: Sim. Foi, começou por dificuldade em abotoar os botões, não calçar umas meias, não calçar uns sapatos (...) não conseguir pegar no talher... era assim, era assim (ar desalentado e triste)

P: E o resto da família, como é que reagiu a esta dependência? Neste caso, os filhos?

FA: É assim, os filhos, reagiram mal porque é assim, o que está em Braga, que é enfermeiro, acho que fugia ao problema. Andou muito tempo a fugir, a ignorar, a tentar ignorar o problema... nem telefonava, nem queria falar no assunto, nada! O mais novo (pausa) embora não ignorasse... mas ficava - e ainda hoje fica um pouco - ficava tão tenso, tão tenso, tão tenso quando via o pai! Ainda hoje quando está ao pé do pai ele fica. Fica ali parece uma estátua! É difícil aceitar e eu compreendo que seja!

P: Portanto, psicologicamente, eles não conseguiram aceitar e ver o pai nesta situação?

FA: Não, não. Eles nunca pensaram que o pai chegasse a isto tão cedo.

P: E isso reflecte-se no relacionamento consigo?

FA: Eu acho que um pouco porque assim eles vêm menos... Vêm menos.

P: Vêm menos para não sentirem o choque de o ver?

FA: Eu acho que sim, porque o mais velho, sempre que sai daqui, agarra-se a mim e chora, chora, chora, chora... (fica emocionada) e eu acho que é isso também que faz com que ele venha menos vezes, para não ter tanto...

P: "Olhos que não vêm, coração que não sente" ...

FA: E é isso que eu lhes digo a eles, vocês vêm de vez em quando, mas eu vejo todos os dias ... (triste)

P: E fica a Sr.<sup>a</sup> sobrecarregada porque, de alguma forma, quando eles vêm, sentia-se reconfortada, pelo menos via-os?  
FA: Claro, é isso. Pelo menos via-os!  
P: Via os netos e tudo... e assim, não só não os vê, não mata saudades,  
FA: Exactamente.  
P: E assim, não só não os vê como fica sozinha a cuidar, é essa sensação de desalento, com que fica...  
FA: Sim (triste) e eu pensar o que será amanhã!  
P: A situação poderá piorar ainda muito mais ou esse “amanhã” é no sentido de se alongar no tempo?  
FA: (pausa)  
P: Qual é a sua preocupação?  
FA: ... O alongar no tempo é uma das preocupações.  
P: Tem receio que, se se prolongar muito tempo, anos, não aguente?  
FA: Sou capaz de não aguentar. Não sei, não sei (pausa) por outro lado, é o ter medo que me aconteça a mim alguma coisa e que não consiga... tomar conta dele. Isso é um grande problema também. (...) Porque é assim, hoje em dia, eu fui pedir o complemento por dependência, porque acho que é um direito dele. Hoje em dia dão 168 Euros (pausa) para um doente que está em casa. Agora eu gostava de saber quanto é que eles participam para um doente que vai para um lar? (...) Aqui no meu caso dão cento e sessenta e oito e tal, que é o complemento por dependência. Ora se eu o metesse num lar, eles dariam muito mais, não é? Então porque é que não pensam, as seguranças sociais. Porque é que não pensam a coisa de outra maneira e pensar, assim não! Porque é que não pensam, se as famílias os têm em casa, se eles estão no meio deles... Porque é muito diferente a pessoa estar no seu meio do que fechado numa Instituição. Porque é que não ajudam mais as famílias para a pessoa poder ter... por exemplo eu tenho uma Sr.<sup>a</sup> mas vai chegar, eu vou chegar a uma altura em que vou ter que ter a Sr.<sup>a</sup> mais horas. Pago cinco euros à hora, também não posso tê-la muito mais tempo do que tenho (...) vem cá de manhã, ajuda-me a dar o banho (...) vem cá à noite (...) se eu me vir aflita durante o dia ainda cá vem (...). Todo o apoio que for pedir é a pagar (...) Esta Sr.<sup>a</sup> (...), tenho confiança nela, ele adaptou-se muito bem a ela, trata-a como família (...) eu se precisar sair, eu posso sair descansada, vou sem problemas nenhuns porque sei que ele está bem entregue e que ela o trata como deve ser. Também sou um bocado esquisita em meter em casa qualquer pessoa.  
P: A hipótese de pedir apoio complementar a uma IPSS, dependerá da evolução da situação, se as coisas se complicarem mais?  
FA: Pois, vamos ver a evolução das coisas, terei que depois ver qual é a melhor maneira de resolver o problema  
P: (...) Em relação à decisão de ele ficar em casa e à hipótese de ele ir para um lar, a Sr.<sup>a</sup> nunca pôs a hipótese de ele ir para uma instituição?  
FA: Não, não.  
P: Isso só acontecerá em última instância, se ...?  
FA: Só se me acontecer alguma coisa  
P: Só se a Sr.<sup>a</sup> não puder, de forma alguma, dar-lhe o apoio necessário?  
FA: Sim, caso contrário, não! Eu acho que, se ele neste momento fosse para uma instituição, estava lá um mês ou dois, não estaria mais.  
P: Tem essa sensação porque acha que eles não são bem tratados ou porque ele ir-se-ia sentir...?  
FA: É o sentir-se despejado. Eu acho que ele se ia sentir despejado.  
P: Portanto, seria ele que se sentiria mal, reagiria mal e acabaria por...?  
FA: Reagiria mal porque ele é “anti-lar”  
P: Sempre foi?  
FA: Sempre foi. E por isso eu acho que ele iria revoltar-se, ele morria, iria revoltar-se e acho que... sim, não iria dar. (pausa) E depois eu também penso noutra coisa: ele trabalhou muito toda a vida, tem as coisas que tem...  
P: Mas isso tem a ver com a sua maneira de pensar?  
FA: E depois eu penso, ora ele é muito novo! E agora eu penso assim “ ele está com 63 anos, a ir para uma instituição”, há um bocadinho de lucidez, não é? E nesse bocadinho de lucidez, ele pode pensar: “Atão eu, que me valeu a mim tantos anos de trabalho, para ela agora me espetar aqui numa casa que nem sequer é a minha? Não tenho nada.” Eu acho que isso tem muito a ver, pró doente. Acho que... é um outro conforto! O doente sentir-se no seu próprio canto, na sua própria casa, no seu...  
P: E se ele não estivesse, se a Sr.<sup>a</sup> soubesse que ele já não tinha momentos de lucidez?  
FA: Ah, isso aí seria diferente! Talvez, talvez... talvez também não digo a cem por cento porque também não sei se seria capaz...  
P: Se a Sr.<sup>a</sup> tivesse condições para o cuidar, mesmo que ele não estivesse lúcido, cuidava-o em casa?  
FA: Sim! Sim. Se tivesse condições, cuidava em casa.  
P: Não o punha lá?  
FA: Não. Tanto que...  
P: Sente que é uma responsabilidade sua, é uma obrigação, é um dever...? É seu marido.  
FA: Sim, sim. A gente diz que quando casa é para o bem e para o mal, não é?  
P: Exacto.  
FA: Neste caso...  
P: Foi para o bem e agora é para o mal?  
FA: É, agora acabou. Foi para o bem e agora é para o mal. Mas é assim.  
P: Em relação às actividades domésticas diárias (...) está sozinha aqui em casa, portanto não há partilha familiar, nem há... é a Sr.<sup>a</sup> que é responsável por isto, teve que adequar os seus horários, alterar a sua rotina diária. O que é que mudou mais? Para além de ter a sobrecarga do trabalho?  
FA: Quer dizer... mudou, até a hora de levantar mudou. Porque como durmo mal, há dias em que eu adormeço às seis da manhã e que, depois em vez de me levantar às oito, levanto-me às nove ou às dez, quando não tenho compromisso, quando não vêm as enfermeiras, por exemplo, ou quando a Sr.<sup>a</sup> não me acorda primeiro, que hoje foi um dos dias em que me deixei dormir e foi a Sr.<sup>a</sup> que chegou e que me acordou, porque a pessoa fica estoirada... não dorme e depois sobre a manhã adormece e relaxa. Quando ela me bateu à porta... ah, fico tão mal disposta (ri-se) mas depois ela...  
P: Mas fica porque fisicamente já não se sente bem, ou porque se sente... “caramba, deixei-me dormir”?  
FA: Pois, é isso! Mas porque é que eu agora já não tenho a força que tinha! Já não me ..., tá a ver?  
P: Mas tem que pensar que se deixou dormir tarde, tão tarde!  
FA: Deixei-me dormir, pois, é isso.  
P: Aí, nesse caso, não tem a ver com a sua “genica” e força de vontade ou idade, mas sim porque não teve as horas de sono que deveria ter tido à hora “normal”?  
FA: Sim, pois. É isso.

P: Portanto, prolongou o seu descanso mas porque também o atrasou?

FA: Sim! sim, sim ...

P: E depois, o resto do dia é...?

FA: O resto do dia, pronto, olhe, eu optei por ser a Sr.<sup>a</sup> a vir para cá um dia da semana quase o dia todo, porque me limpa a casa, porque me passa a ferro, e eu fazer as compras nesse dia em que ela cá está... para não o deixar sozinho. E pronto, há assim uma série de coisas que tiveram que ser alteradas, não é?

P: Os seus horários de refeição?

FA: Os meus horários de refeição nem sempre são os melhores porque primeiro está ele, primeiro trato dele e depois, às vezes almoço às duas da tarde ou... pronto! Alterei... a minha vida foi toda alterada.

P: Está tudo em função dele?

FA: Sim, em função dele. Tudo, tudo.

P: Em função das necessidades dele, do que é preciso fazer e o resto vem por arrastamento.

FA: O resto é ... pois, é o tempo que sobra... é que fica para mim.

P: Em relação à rede de vizinhança?

FA: Ajudam. Estão sempre prontos, disponibilizam-se, ajudam se for preciso. Agora já não é tão necessário. Quando ele andava e caía ajudavam mais, eu chamava e eles vinham logo ajudar-me.

P: E em relação a ele? Sente que ele se sente, de alguma forma, satisfeito porque a Sr.<sup>a</sup> cuida dele? Sente que há ali ...?

FA: Ah sim, sinto, sinto! Ele tem-me dito. Ainda há pouco tempo me disse “és uma santa”, “sou agora uma santa! Sou mas é um diabinho” e ele “Ah não, não és não... fazes-me tanto bem...” Ele reconhece, há momentos em que ele... reconhece que eu lhe estou a fazer muito. E isso é bom. E é mais uma prova de que eu não era capaz de o pôr em lado nenhum.

P: (...) Já estavam os dois aposentados, aí não houve redução de rendimentos mas em relação à situação económica, que constrangimentos económicos esta situação vos traz? (...) Tem despesas de saúde muito elevadas com ele?

FA: Ah sim, há muitas despesas extras, há muito mais despesas, não há dúvida que há. Felizmente até agora tem dado, sem ter que recorrer a ajudas dos filhos.

P: Portanto, consegue gerir a situação? O vosso rendimento com as vossas despesas?

FA: Consigo equilibrar sim. Pronto ... se fosse preciso, teria que recorrer a eles. Têm procurado várias vezes se eu preciso, felizmente não, não tem sido.

P: Portanto, se houver uma necessidade económica da vossa parte, à partida, os seus filhos já se disponibilizaram?

FA: Sim, não tenho dúvidas, não tendo dúvidas ... espero que não seja preciso, mas se for preciso...

P: Em relação às adequações da casa, pelo facto de ele estar assim, não fez nada de especial, uma vez que ele neste momento está acamado?

FA: Sim, fiz uma casa de banho com poliban mas também pouco a usou.

P: Mas, já fez por ele ter dificuldade?

FA: Sim, já foi mais por isso mas depois acabou por pouco tempo a usar. Já tinha que ser sentado num banco e... entretanto acabou mesmo por deixar de conseguir.

P: O vosso quarto é que teve as alterações maiores?

FA: Sim, porque tivemos que por a cama articulada, a sorte foi o quarto ser grande! Se não... não sei... que dá muito jeito estar no mesmo quarto, para a pessoa se aperceber mais das necessidades dele durante a noite.

P: E para ele sentir também a sua presença?

FA: Sim. Muitas vezes não chama, geme, que é uma maneira de chamar a atenção (...) ele às vezes começa (imita os gemidos do marido) e eu ... vou ver ... ou é para compor uma almofada ou é para compor uma perna.

P: E ele, nessas alturas está acordado?

FA: Sim, está acordado, ou é para compor uma perna, ou para ajeitar uma almofada para estar melhor ou... há sempre qualquer coisinha, ou é para beber água! De noite tem tido assim uns delírios (relata alguns episódios de conversa sem nexos, de troca de número e nome de familiares, de não se reconhecer a ele em fotografias, tiradas há três ...anos, etc.)

P: Sente necessidade de alguma alteração aqui em casa, que pudesse de alguma forma tornar as coisas mais confortáveis, mais práticas?

FA: Não, da maneira como ele está. Olhe, já tive este ano que meter aquecimento, que era uma coisa que era indispensável, era uma coisa que eu tinha mesmo que por, porque da maneira como ele está doente, ter que o destapar tanto às vezes e ter que não sei quê... foi uma coisa que eu tive que fazer... ia por no quarto, pus na casa toda para me proteger a mim mesma, porque saía de lá muito quente ... e pronto. Foi uma das coisas... foi um investimento que eu tive de fazer, não “tava” nos planos mas pronto, também fica. Agora, além disso, também acho que a casa não precisa de mais alterações (...), pô-lo em cadeira, não vejo que ele esteja em condições de voltar à cadeira e mesmo voltando à cadeira, a casa dá, arranco as portas, é só o que eu faço ... (...) não acredito que aconteça, seria bom, distraia mais mas não... É assim... Está no quarto, comprei uma máquina e corto-lhe o cabelo ... agora faço de cabeleireira, de barbeira... (ri-se um pouco).

P: Faz-lhe tudo, não é?

FA: Faz-lhe de tudo um pouco ...

P: O conforto físico dele é cuidado pelas almofadas. Tem colchão anti-escaras?

FA: Não, não tenho. Tenho um colchão de látex, que comprei para aquela cama (...) aconselharam-me a comprar látex, é fofinho (...)

P: Ele gosta que fale com ele? Que esteja presente, que leia?

FA: Tem dias, tem dias que... Olhe, por exemplo, quando estou com a minha cunhada, sentamo-nos no quarto, rezamos o terço, e temos momentos em que vimos que ele está a tentar acompanhar e acaba por adormecer. Tem alturas em que me diz “ah, podias vir para aqui para ao pé de mim” e eu chego-me a ir deitar na outra cama ao lado para estar ali assim ... tem outras alturas que quer é dormir, depende muito... depende muito da maneira como, da disposição dele ...

P: Vai tentando adequar-se àquilo que ele quer?

FA: Sim. Ponho-lhe uma televisão no quarto, ele, ora liga ora não liga nenhuma mas pronto (...) hoje deixei-lha toda a manhã a tocar para ver se ele desperta mais e guarda o sono mais para de noite.

P: Acha que devia haver mais apoio às famílias cuidadoras, em relação à informação?

FA: Eu acho que sim.

P: Devia haver instituições ...?

FA: Devia haver formações mesmo para ensinarem as pessoas a viver com estas situações. Porque não é fácil ... não é fácil.

P: E esse apoio seria a nível de cuidados a prestar-lhe e também psicologicamente?

FA: Psicologicamente sim! Porque a família tem que ser tratada, tem que ser tratada! Eu, por exemplo, estou-me a tratar porque eu... se não me



tratasse também, a minha cabeça não tinha aguentado.

P: Portanto, devia haver apoio não só para a maneira de cuidar do idoso mas também para acompanhar e prevenir a família, para aguentar a situação.

FA: Acompanhamento médico à família e prevenir sim. Eu inclusive até estou a pensar ver se os meus filhos vão a fazer os exames para ver se há alguma propensão de eles a ter ...

P: É uma preocupação que está na sua cabeça? Mas isso...

FA: Mas isso, pronto, já falámos e eles querem fazer. Não que isso, se houver ... pode ser fazer agora uma prevenção para que as coisas nunca cheguem a este ponto...e atão ...

P: E portanto, então as famílias deveriam ser informadas sobre todas estas coisas?

FA: Sim, porque as pessoas nem sequer sonham que isto possa vir a acontecer nas famílias e foi uma das coisas que o meu médico me disse (...)

P: A nível de apoio aos doentes, nos cuidados de enfermagem, de higiene, de alimentação... também sente que há falta de apoio por parte das Instituições? Deveria haver mais instituições a prestar esses apoios para aliviar a família? Apoio económico, psicológico?

FA: Mais apoios. Mais apoio. Deveria de haver os dois: económico e psicológico. Porque o psicológico afecta muito!

P: Se a pessoa se sentir bem, tem mais força?

FA: Exactamente.

P: E tem outra capacidade?

FA: Tem mais capacidade para gerir, exactamente! Agora o que eu acho é que também... quer dizer, estas situações estão um bocado postas de lado, estão um bocado esquecidas, não se olha muito para estes doentes.

P: Nem para as famílias?

FA: Nem para as famílias! E no fundo o doente precisa mas a família precisa tanto ou mais, porque se a família não estiver, não estiver bem, também não pode fazer muito ao doente, não é? Por isso eu acho que há pouco, há poucas ajudas, deveria haver muito mais porque hoje em dia está-se a ver uma população tão vasta com esta doença ...

P: E se o Estado não investir, as famílias não aguentam?

FA: E o estado investe? (...) Não. Nem vai investir, com certeza! Eles investem mais em submarinos e noutras coisas mais... isso dá-lhes mais interesse. Investir na doença, não.

P: Mas pode ser que as coisas mudem?

FA: Hum ... não! (...) Na minha vida já não.

P: (...) Acha que, a médio prazo, não haverá alterações nas Políticas Sociais em relação a esses apoios?

FA: Não, não temos ninguém com garra! Não temos ninguém que seja capaz de fazer isso. Eles vão para lá é só para se encherem a eles. Não estão a pensar nos desgraçados, não pensam em beneficiar ninguém (...)

P: Portanto, não acredita nada que eles possam fazer alguma coisa de bom, a favor dos idosos, das famílias, destas pessoas?

FA: Não, nada. São os maiores mentirosos. Pregam muito na altura das eleições mas não, não vão fazer, não vão.

P: Tenha esperança que sim!

FA: Não tenho! Não tenho esperança nenhuma porque eu não vejo ninguém à frente capaz de o fazer (...) Há coisas que eles não pensam, vão para lá porque querem melhorar a vida deles, não é a pensar em nós (...)

P: Pode ser que mude ...

FA: Não. Acho que não. O poço está muito fundo! Há muita podridão lá dentro, já chegámos à estaca zero (...) não há ninguém capaz de o fazer...

136

FIM DA ENTREVISTA

## FAMÍLIA AD3 - RESUMO DO 1º CONTACTO, ENTREVISTA INFORMAL NÃO PROGRAMADA

<b>OBS</b>	A filha fala muito e ao informá-la do objectivo da entrevista e da investigação em curso, desencadeou-se uma conversa onde foram recolhidas informações que respondiam a algumas questões do guião de entrevista
<b>Situação</b>	Idosa em situação de dependência grave, acamada, afásica, escariada, como consequência de AVC.
<b>Rede familiar</b>	Composto por Idosa, 92 anos, viúva, 3ª classe e filha, 63 anos, viúva, 4ª classe; Rede alargada da filha: 1 irmão, 2 filhas casadas e dois netos A filha diz que "Ter a mãe com ela é uma prova de amor, só com muito amor é que se consegue". Teve o marido ano e meio doente com doença oncológica, quando o médico só lhe deu 6 meses de vida; É viúva há 12 anos e desde essa data que tem a mãe com ela. Estando as duas viúvas, optaram por ficar juntas fazendo companhia uma à outra
<b>O idoso dependente</b>	Residia na aldeia até há 12 anos atrás, quando teve um problema grave de saúde. Foi operada e a partir daí ficou com alguma dependência. Residia sozinha e nessa altura foi burlada em 600€ por desconhecidos, com o conto do vigário, tendo ficado com receio de morar sozinha. A filha trouxe-a para Lisboa, para morar com ela. Na aldeia tinha rede de amigos, vizinhos e família, com quem convivia muito e que se entre-ajudava; Ocupava o tempo a cuidar da horta, dos animais, das flores. Tinha uma boa casa, espaçosa e sempre de porta aberta. Quando chegava a Lisboa dizia para a filha que "entrava na gaiola". Nunca se habituou e por isso passavam o inverno na cidade, por não ser tão frio, e na primavera iam para a aldeia Em Março 2008 sofreu AVC, ficou acamada, esteve internada no Hospital, saiu escariada, afásica e incontinente. Está quase

	curada das escaras, da cabeça e do andar não haverá recuperação
<b>O dia-a-dia</b>	<p>Está aposentada</p> <p>Rede de vizinhança não funciona, prontificam-se para ajudar mas cada um tem a sua vida, os seus horários, o seu trabalho. Saem de manhã, voltam à noite.</p> <p>Não pode sair à rua com tempo ou descansada, vai sempre a correr e ansiosa por não saber se acontece alguma coisa na sua ausência</p> <p>Horários condicionados: medicação a horas, controlar tensão arterial</p> <p>Tirou tapetes para a mãe não tropeçar; na casa de campo tem cadeira de rodas</p> <p>Há 2 anos que não participa na vida das filhas, por não se poder deslocar e deixar a mãe sozinha – fica comovida quando fala no assunto. Dá prioridade à mãe, acima de tudo. Entende que as filhas e netos compreendem a situação</p> <p>Cuidados prestados: higiene pessoal faz no quarto, sozinha</p> <p>Alimentação: tudo passado (porque está sem dentes) ou migado</p> <p>Fala muito com a mãe; Reza com ela</p> <p>Doente está com escaras; Vêm as enfermeiras fazer o tratamento. Apoio na higiene talvez venha a precisar, quando não conseguir fazê-lo sozinha. Isso preocupa-a muito. Assim que o tempo melhorar vão para a terra, lá tem apoio da família, amigos e vizinhos, todos se conhecem e entre ajudam.</p>
<b>A decisão</b>	A decisão de tomar conta da mãe foi tomada em família. O irmão apoia psicologicamente, levá-la para casa dele não, porque não tem condições

### FAMÍLIA AD3 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** A gravação foi iniciada com a filha já a falar, uma vez que assim que entrei em casa dela, começou logo a dizer que a mãe estava um bocadinho agitada nesse dia, não dando espaço para iniciar a gravação antecipadamente.

FA: ela chama-me, eu vou lá, respondo-lhe e ela diz “pois, pois...” Quer dizer que eu estou aqui. Ela chama muito e então acalma muito quando eu chego ao pé dela... pronto é ... é assim como quem dá um calmante a uma pessoa. Ela sabe que... para saber que está ali alguém, que está apoiada, sabe que não está ali sozinha.

P: Ela pode ter períodos de esquecimento mas lá no fundo sabe que está acompanhada?

FA: Pois ela ouve muito bem e sabe que, lá no fundo sabe que eu estou aqui, ela sabe, sabe que eu estou aqui com ela, a tratar dela e sabe que sou eu e sabe... porque ela hoje pegou-me na camisola e disse assim “pois” e eu “é bonita?” e ela “é”. Ela notou que eu hoje mudei de camisola por isso lá no fundo ainda tem qualquer coisa...

P: e pode estar a recuperar também a memória?

FA: O médico que vem cá a casa disse-me aqui há dias que às vezes ou pode agravar ou até com a continuação pode ser que o juizinho dela ainda volte ... isto agora... não há nada aqui ...

P: O andar é que não?

FA: Não, nunca mais! Mesmo ali no hospital fizeram-lhe um exame, não, e isto nem com andalho nem com nada, não! E ela antes de ir para o hospital dizia “eu queria ir à casa de banho e então eu às vezes levava-a à casa de banho ou outras vezes punha-a ali no bacio alto e ela fazia, agora já não. Faz na fralda xixi e cocó mas não sabe que está suja, deve-se sentir incomodada, começa para ali a... mas... pronto ... Mas agora digo-lhe uma coisa, a minha mãe até agora lhe dar isto, como ela tinha a cabecinha dela muito boa, era também uma companhia muito boa que eu tinha! Embora que eu estava muito presa com ela mas ainda era uma boa companhia porque ... pronto, era... E até dava bons conselhos! A minha filha mais nova, aqui há tempos eu estava a conversar sobre o marido dela e a falar, a comentar que lhe dissera, com o mau feitio dele... e assim... não devia casar com ele, aquelas conversas, sabe aqueles conselhos que gostamos de dar aos filhos e ... não valeu muito a pena, pronto mas .... É assim... E eu comentei “A (nome da filha) não fez muito bom casamento”, eu a dizer para ela e ela respondeu-me “Olha não te preocupes que eles estão os três muito bonitos!” e estão, eu gosto dele, é bom rapaz, é assim, não há ninguém perfeito e temos de aceitar as pessoas... e ela dizia-me “não te preocupes, estão os três muito bonitos” e aquilo até me deixava assim... (pausa)

P: Consolada?

FA: Consolada ... sim!

P: Quando decidiu ficar com a sua mãe, falámos já ontem, foi pela situação dela e porque entretanto a senhora também ficou viúva. Foi de acordo com ela e com o seu irmão, foi uma decisão familiar?

FA: Foi, foi uma decisão familiar, sim. Ela ficou comigo, o meu irmão disse-me sempre que, prontos, era eu que decidia sempre tudo, ainda hoje me diz, alguma coisa que seja preciso apoiar, ele apoia, se for preciso monetariamente ele ajuda, mas ele diz “tudo da mãe és tu que decides, quando tu vires que não tens saúde, que não podes tomar conta dela, isso está a teu encargo, falas comigo e nós então pensamos para onde é que ela há-de ir”. Para casa dele não, está fora de questão, ele não tem condições

P: Em relação à sua sobrecarga e ao seu trabalho, ao seu dia-a-dia, a Sr.<sup>a</sup> é sozinha, é a responsável por tudo, tarefas diárias não há ajuda,

partilhas...

FA: Não, não tenho ajuda

P: Em relação à sobrecarga de actividades domésticas, com a situação de dependência dela, está mais complicado. Como é?

FA: Tenho o horário mais controlado, tenho uma medicação que tem que ser muito controlada, tenho que lhe medir a tensão a horas... Agora tenho que medir às 14 horas, se estiver com a tensão normal toma um comprimido mas se estiver muito alta já tem outro para tomar mas às vezes fica com ela muito baixa, e não pode tomar um que ela toma à noite.

P: Tem que ir vigiando...

FA: É, é isso...

P: A rede de vizinhança, já me disse ontem que tem esta Sr.<sup>a</sup> aqui de baixo...

FA: É, dá-me uma ajuda, se for preciso ficar aqui uns bocadinhos sim

P: Para além dela, tem mais amigos ou vizinhos?

FA: Isto aqui, eu não estou muito aqui, isto aqui as pessoas saem para os seus empregos, não é? A minha vizinha do lado também trabalha em Lisboa, está-me sempre a dizer que se eu precisar (...) há outra Sr.<sup>a</sup> também me diz "olhe eu trabalho mas alguma coisa que seja preciso, na hora de almoço..." prontificam-se sim mas ... na aldeia, lá na minha aldeia é muito diferente, as pessoas são todas muito mais ...

P: Estão mais presentes?

FA: Mais presentes, são mais comunicativas, as pessoas olham e entram ... e então, nós não temos esta coisa das portas fechadas, a porta está sempre aberta. (ri-se, gargalha...), vou ao café, a porta fica aberta, passam as vizinhas, "ó (nome), então? É preciso alguma coisa? (...)" Tenho uma prima que tem uma quinta, com criação e tudo e está sempre a perguntar, "é preciso ir fazer alguma coisa à tia? Olha, eu vou só lá dar-lhe um beijinho..." entram e saem ...

P: Aqui é diferente...

FA: Sim, é diferente e mesmo ela gostava muito mais de estar lá, a porta estava aberta, elas passavam e falavam, comentavam a vida, a família... Ela quando chegava aqui dizia que isto era uma "gaiola"... mas pronto ...

P: Fez algumas alterações aqui na casa pelo facto dela estar assim?

FA: Não. A única alteração é que tinha aqueles tapetes no corredor e no quarto dela, tirei tudo. Foi só tirar os tapetes que era para ela não cair e para eu a poder arrastar numa cadeira. Foi a única alteração que fiz foi tirar os tapetes de casa.

P: E na outra casa onde passam o Inverno?

FA: Aí é que fiz. Aí tenho uma cadeira de rodas e uma cadeira própria para ela ... que ela agora já não vai ...ser preciso

P: Como a casa é grande também não fez alterações?

FA: não, não fiz. Foi só comprar as coisas, a cadeira, o andorilho ... como a casa é grande e lá tenho poliban para lhe dar banho e é muito melhor do que aqui, que aqui é banheira. Agora até lhe dou banho no quarto. Lá na terra os polibans são muito bons para estas pessoas acamadas. Mas tinha poliban já numa casa de banho, não foi por causa dela que eu fiz ...

P: Falou-me ontem dos seus netos, no não poder partilhar um pouco a vida deles, as festinhas, os anos ... por estar aqui um bocado presa, no fundo...

FA: É, agora mais, há dois anos para cá. Porque eu ia sempre e levava-a a ela para a festa dos meus netos ou para casa das minhas .... Tanto que os natais agora há dois anos são sempre passados aqui. Elas vêm para aqui. Quando ela podia, desde que o meu marido morreu, íamos para casa da mais velha, ela tinha... tem uma casa muito grande e a mais nova ia para lá também. Ah... e a minha mãe ia também. Desde que está acamada, desde os 90 anos, elas vêm para aqui, olha, a casa não é muito grande mas nós cabemos cá todos!

P: Mas sente-se presa, não tem disponibilidade para ir ter com eles, quando gostaria?

FA: Não, não. Mas por exemplo, no dia de Natal, este ano (explica como acomodou 9 pessoas da família na sala pequena) almoçámos aqui todos (...) Coubemos cá todos muito bem! A minha filha (...) quis ir mostrar... depois quis ir mostrar a casa a eles "olha, calha bem, já que estamos todos vamos ver a minha casa nova, oh mãe, tu também vens, deixas a avó sozinha um bocado" E eu não fui capaz, no dia de Natal, deixar aqui a minha mãe uma hora à tarde sozinha... eu disse-lhe "Oh (nome) eu tenho muito tempo para ir ver a tua casa, é dia de Natal, a avó, coitadinha, também, ficava muito assustada se visse agora esta gente toda sair e eu também. Mas ainda não lhe tinha dado isto. Mas eu não deixei cá a minha mãe sozinha. Pronto, é esta...

P: Tem essa prioridade, porque ela precisa mais...

FA: Sim, eu acho que sim, foi mais importante eu ficar aqui. Mas tem graça que ainda não fui ver a casa, do Natal para cá (a entrevista foi em Maio). Ainda agora o meu genro fez anos e a (nome da filha) quis lá dar uma festa dos anos do meu genro e ela disse "oh mãe, eu vou fazer uma festa que o (nome do marido) faz anos (...) mas olha, eu a ti já nem te digo nada, que tu não vens... Porque eu custa-me muito deixar aqui a minha mãe e ir para um almoço ou para uma coisa... mesmo com uma pessoa, isto também... acho que eu estou a ficar um bocado ... (faz uma pausa, resignada).

P: em relação à higiene diária dela, é a Sr.<sup>a</sup> que faz, faz sozinha, na cama...

FA: Sou eu que faço, faço muito bem! Sento-a na cama... ainda hoje lhe lavei a cabeça... sento-a na cama de manhã, como a cama tem que ser mudada de manhã... porque ela faz muito xixi de noite e repassa na fralda e passa para a cama e então eu sento-a na cama, com um alguidar grande, ponho-lhe um toalhão e lavo-a toda da cintura para cima. Depois lavo-a da cintura para baixo, ponho-lhe a fraldinha, ponho-lhe o creme e... e faço assim a higiene dela... e por acaso hoje quando ela esteve na cadeira duas horas e quando as enfermeiras vieram ela até estava suja de cocó, que ela está com um bocadinho de diarreia mas, como ela estava presa dos intestinos ... e depois eu faço a higiene dela... depois sento-a no cadeirão, ponho-lhe o alguidar com água nos pés para lhe arranjar as unhas, olha, lavo-a assim às prestações. Quando for lá para a terra, ponho-a no poliban, tenho à um banquinho e já toma o duche dela. Porque aqui é muito difícil eu pô-la ali na banheira, não consigo, só se for uma pessoa para me ajudar, tenho medo que ela me caia na banheira... pronto... e ela está assim, coitadinha...

P: Em relação à alimentação, é tudo passado?

FA: Olhe, ela, neste momento é tudo passado sabe porquê? Porque ela está sem a placa e eu também tenho muito medo que ela me engula o comer e lhe faça mal ao estômago e então eu ontem cozi o peixe e esmaguei-o assim no prato com o garfo, nem o triturei, esmaguei-o assim, porque ela ainda gosta de comer assim o peixinho, de sentir ... e eu faço assim com o garfo, ponho aquele azeitinho da terra que ela gosta muito. A frutinha também gosta muito de comer, se for uma perazinha mole, vou-lhe pondo na mão e ela vai comendo, com a mão esquerda, com a outra não come. Também lhe ponho uma banana na mão e ela vai comendo, estas coisas, ela vai comendo. A sopa é que eu lhe trituro por causa dos legumes, que lhe fazem falta, não é? E ela, se sente a hortalica na boca e tem a tendência para cuspi-la fora e então eu trituro e ela come. E às vezes cozo-lhe o peixe e também lho trituro na sopa mas como agora já está a comer um bocadinho melhor, ela gosta de saborear o sabor do peixe.

P: Fala muito com ela, já reparei...

FA: Falo (ri-se) Isso é que a minha filha mais nova diz "oh mãe, digo-te, eu gosto muito de vir cá mas eu vou cansada da minha cabeça, tu falas tanto, tanto com a avó que ela há-de estar cansadinha do cérebro dela". Mas eu conto-lhe as coisas, olhe, mesmo que ela ... não sei se se apercebe mas eu digo, "olhe, o meu irmão foi à terra, está lá a apanhar tangerinas" ... e ela diz "ah! pois, pois"

P: "Ah, pois", ela tem muito essa expressão... portanto, ela ouve, responde e gosta?

FA: Ouve, ouve e gosta! A minha filha mais nova diz que eu sou um bocado cansativa para ela... Mas eu falo muito com ela. Mas como eu falava muito continuo a falar que é para ver se ela não se vai esquecendo

P: Puxa por ela?

FA: ... puxar por ela porque eu acho que ela está a ficar muito esquecida e dá-me impressão que ela assim vai ... pronto, olhe não sei.

P: E lê para ela, a televisão já me disse que ela agora não liga

FA: A televisão, não! A única coisa que ela gosta... eu... é leitura... adorava ler, as revistas que eu comprava lia-as todas

P: E a Sr.<sup>a</sup>, agora não lhe lê? Fala só?

FA: Não, eu não leio porque ela não liga a isso. O que ela pede é para eu rezar, isso ela pede e quando ela está muito nervosa, muito excitada, quando dá o terço às 6,30, ponho ali o rádio e ela gosta de ouvir aquilo, mas ela gosta mais que seja eu. Então eu, às vezes, eu com a minha neta, vamos-lhe rezar o anjo da guarda e ela cala-se logo, gosta que eu lhe reze, que ela se cala e sabe que eu estou a rezar porque se for a ler um livro ou assim, ela a isso já não está a ligar. Mas ela do rezar, ela sabe que eu estou ali a rezar e ela cala-se... e ela ouve que eu estou ali, ela ouve.

P: Acomoda-se, acalma-se...

FA: É, acalma-se muito, acalma-se muito mesmo. Eu, ela, ela ... tinha óculos para ver ao longe mas as agulhas, ela enfiava-mas junto à vista. Eu às vezes dizia "oh mãe, não sei dos meus óculos, enfie-me lá a agulha e ela ia, ia e enfiava.

P: Em relação às enfermeiras que vêm cá, portanto estão a dar o apoio porque ela está escariada.

FA: Por causa das escaras. Vieram hoje e vêm 6.<sup>a</sup> feira.

P: E está a ponderar a hipótese de vir alguém ajudá-la na higiene pessoal?

FA: Estava, mas foi isso que eu falei com elas (...) dizem-me que vai demorar um mês, mais ou menos a vir cá. E como eu no fim de Maio, princípio do mês de Junho quero ver se me vou embora para a minha terra, então lá irei falar com a Assistente Social que há lá no lar da minha terra para ela... virem-me lá ajudar. Porque eu lá ainda a levava no andariço, não é? Mas agora como ela não caminha, elas levavam-na à casa de banho e dar-lho, nem que seja só duas vezes por semana, dar-lhe o banho no poliban, porque os outros dias eu faço, enquanto eu estiver bem... Se eu adoecer, então ...Eu às vezes dizia-lhe "Oh mãe, se eu adoecer, olha, vamos as duas para o lar, vou eu e vai a mãe, vamos as duas.

P: Como ela está mais dependente agora, já vai sentindo que é uma sobrecarga física, sozinha já é difícil?

FA: É, assim para o banho e assim, já é um bocado difícil...

P: Portanto vai mesmo precisar de mais apoio?

FA: Sim, de mais apoio... que é uma coisa que me preocupa muito é, se eu adoecer como é que vai ser dela? E o meu irmão ... e eu digo, "olha vai para o lar, pronto, não há outra solução porque a gente não sabe, pode-me acontecer uma coisa qualquer, se eu adoecer já agora, Deus queira que não, eu também não, tenho fé nisso, tenho fé que Deus me vai ajudar e pronto. Ela também está aqui e a gente não sabe...

P: Portanto, tomou essa decisão, está satisfeita por a ter tomado e enquanto puder vai continuar

FA: Sim senhora

P: a dar-lhe apoio. Se necessitar de apoio externo, vai tentar encontrá-lo

FA: Pois

P: mas sempre a pensar que vai continuar a ficar com a sua mãe enquanto ela precisar

FA: Exacto

P: enquanto tiver capacidade para isso

FA: Isso está fora de questão!

P: A nível económico, há alguma sobrecarga pelo facto de a ter aqui?

FA: Não, não

P: Antes pelo contrário? Se fosse para o lar é que...

FA: Era pior. No lar sim. Mesmo que fosse para o lar da minha terra iria pagar, com fraldas e medicamentos, cento e quarenta contos ou 150 contos, parece que eles iam aumentar, com mais fraldas já aí à volta dos 200 contos, falando em contos, dos mil euros.

P: Aqui em casa, com a pensão que ela tem vai conseguindo gerir as despesas dela?

FA: Sim, aqui em casa, com a pensão que ela tem, dá para as fraldas dela e para os medicamentos... agora o meu trabalho... pronto, não é pago. Agora para as despesas dela vai dando... vai dando

P: Além de não estar sobrecarregada economicamente, tem a contrapartida de a ter consigo?

FA: Sim

P: Psicologicamente sente-se bem?

FA: Sim; P: E vai continuar? FA: Sim, é continuar.

FIM DA ENTREVISTA

## FAMÍLIA AD4 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** Após a apresentação, a FA iniciou diálogo, referindo estar a cuidar do pai, dependente há alguns anos mas apoiado essencialmente pela esposa enquanto esta viveu. Entretanto entrou um tio (irmão do pai), que reside perto e que vai dar apoio sempre que pode. Faz algumas compras e faz companhia ao irmão enquanto está presente. A gravação iniciou-se assim a meio do diálogo.

No final da entrevista, a filha fez questão de levar a entrevistadora ao quarto do pai para esta ver a situação em que ele está.

Fez carinho, deu beijo, falou com ele, ele sorriu mas não disse nada

Fa: ... então...

P: Face ao falecimento de sua mãe em Julho do ano passado as coisas complicaram-se...

FA: Exacto. Eu como vivo ao pé deles sempre dei apoio. Mas a minha mãe é que tratava dele porque ele está acamado há 5 anos e como a minha mãe faleceu e foi uma situação muito repentina e... para mim foi uma coisa muito ... que foi muito ... foi tudo muito à pressa, não é, desde que se detectou o cancro no pâncreas foram três meses e meio. Portanto foi um trabalho de apoio muito acelerado. Ela faleceu a 5 de Julho do ano passado e... neste momento ... a partir daí portanto eu já os apoiava e continuei a apoiar agora mais o meu pai uma vez que ele está em situação de dependência total, antes era a minha mãe que fazia isso...

P: ... que tomava conta dele ... Mas já tinha apoio exterior também, no tempo de sua mãe? Seria complicado estando ele acamado...

FA: Sim, mas o apoio exterior não incluía esta senhora que temos agora, só nos últimos tempos em que ela não podia fazer nada é que nós arranjámos o apoio desta pessoa.

P: Mas já tinham o apoio da Instituição?

FA: Sim, tínhamos o apoio da Instituição. Só que pronto, aí era assim, cada pessoa é um mundo e portanto ela queria ser ela a tratar dele até ao fim, até poder...e pronto ... e depois no fim que já foi muito difícil que ela conseguisse ajudá-lo mas era impossível. Então, nessa altura eu pedi a uma Sr.ª para ajudar a essa situação toda e agora ainda, uma vez que ele está ... mantém-se dependente e eu tenho que ir trabalhar todos os dias, claro. Mas eu durmo aqui à noite, portanto eu é que faço a última muda de fralda e... e... dou a última refeição ... é uma coisa para não estar tanto tempo sem comer desde o jantar até de manhã (faz pausas prolongadas, de cansaço, de desalento) estou muito... muito cansada nesta situação e por isso vou pedir mais uma ajuda de mais 2 horas à noite. Mas tenho que ser eu a assumir isso para que eu consiga manter esta situação sem que ele tenha que deixar de viver por isso

P: ... a sua vida...

FA: É evidente que é uma parte da vida diferente e em que eu tenho que ter toda a atenção virada e ... atenção devido a esta situação, é uma atenção diferente... não só técnica mas também psicológica, de acompanhamento de uma pessoa que está num estado praticamente... não se pode dizer terminal porque não se sabe quando é que termina mas de qualquer modo...

P: ... é uma situação de grande dependência... (houve uma pausa, assim como um descanso...) Portanto, estão aqui os dois. Que idade tem a seu pai?

FA: 85 anos

P: E a Sr.ª?

FA: Eu tenho 49 anos

P: E a senhora é sozinha, é solteira, casada?

FA: Sim, sou solteira, daí talvez ter uma disponibilidade um bocadinho maior.

P: Mas, por outro lado, não tem mais apoio, porque é sozinha. Tem outra rede familiar, tem mais família ainda que não próxima?

FA: Não, não. Sim, tenho mas os meus irmãos não vivem cá, portanto ... Tenho apoio psicológico, é evidente!

P: Mas em termos de cuidados não. Está sozinha mesmo. Eles residem longe?

FA: Sim, residem fora do país. Portanto em termos físicos não tenho.

P: Tem quantos irmãos mais?

FA: São dois.

P: Mas vêm cá de férias ou nem isso?

FA: Sim, vêm, vêm quando podem, o que é normal em qualquer pessoa que trabalha fora, vêm quando podem ...

P: Mas, portanto, não estão presentes no dia-a-dia, não pode contar com eles

FA: E nem eles sabem, e daí também... oscilações a nível de trabalho, sobrecargas, etc. ...

P: Porque a Sr.ª trabalha, já me disse, e dessa sua sobrecarga do trabalho e do cuidar dele... sobra-lhe tempo para o lazer, ou neste momento não tem actividade nenhuma e está dedicada exclusivamente ao seu trabalho e ao seu pai? Que impacto é que isso teve no seu dia-a-dia, neste caso, com este apoio que lhe está a dar?

FA: Portanto para que eu tenha um pouco mais tempo, todas as minhas actividades são à noite, as actividades, as coisas que eu faço... tenho ...eu também me dedico à vida espiritual

P: E isso dá-lhe algum conforto... (Fica emocionada). Neste momento está muito sensibilizada. Está talvez ainda no luto da sua mãe, uma vez que foi uma coisa repentina e dolorosa, por isso...

FA: Pois, portanto dedico ... a... à vida espiritual e ... tenho ... pronto e de resto faço por... faço por me aliviar ... de qualquer forma e... e... quando saio do trabalho ...

P: E agora faz ginástica, enfim, tem alguma ocupação?

FA: Sim, de manhã agora houve uma colaboração no trabalho no sentido de entrar, de eu poder entrar mais tarde mas também sair mais tarde



para poder reservar algumas horas da manhã não só para acompanhar o dia que se segue e preparar esta situação e tento ter ... e também tudo o que é o resto das coisas, tipo tratar da minha vida, de alguma coisa necessário, tipo ir às Repartições da parte da manhã, só até às dez horas, pronto. Mas de qualquer maneira já é, já é ... importante, e ... ginástica também.

P: Em termos profissionais, a sua entidade patronal facilita-lhe a vida um pouco, portanto não cria problemas?

FA: Não é... Eu tenho que trabalhar as oito horas à mesma só que o horário é deslocado para a noite para conseguir manter esta situação.

P: Há alguma compreensão da parte deles?

FA: Sim. Há alguma mas a pessoa tem de dar de si mas não há nenhum bónus, só apenas compreensão (...)

P: Mas não condicionam, em termos de saídas, de idas ao médico, não exercem qualquer represália, embora tenha que cumprir o seu trabalho, não há apoio extraordinário?

FA: Não, mas não há nenhum bónus por isso. Uma coisa é haver compreensão, outra coisa é dar apoio

P: Não concedem hora nenhuma, não concedem nada, pelo facto da Sr.<sup>a</sup> ter esta situação?

FA: Exactamente. É isso, é isso.

P: As habilitações literárias, é licenciada. E o seu pai?

FA: Sou farmacêutica. O meu pai foi comerciante toda a vida, tem o curso comercial e como começou a trabalhar não estudou mais.

P: Face a esta dependência do seu pai, como é que encara isto, o apoio prestado? É uma obrigação familiar, uma sobrecarga?

FA: Não, de maneira nenhuma!

P: ... sente alguma compensação até, por poder ser útil? Como é que definiria esta situação?

FA: Sinto..., acho muito importante esta situação de acompanhamento em casa. Era tudo o que eu queria fazer e ainda bem que consigo arranjar alguns meios para fazê-lo. Sinto, no entanto, maior sobrecarga, uma vez que os meios, não sendo os suficientes, acabam por gerar sobrecarga, dão sobrecargas.

P: Mas mais a nível físico?

FA: Mais a nível físico! Mas a nível de disposição mental e interesse, estou completamente virada para este tipo de trabalho. Acima de tudo, sinto uma gratificação por tratar dos meus pais, que me deram a vida, completamente.

P: Em relação ao seu pai, antes de ele estar doente, o facto de ele estar dependente, afectou seriamente o seu dia-a-dia, a sua relação com os seus familiares, com a rede de amigos? Foi repentino, foi progressivo, como era a vida dele antes disto?

FA: Isto afectou-o muito porque ele era uma pessoa muito activa! Ah... portanto afectou-o porque teve que, de repente ... é assim, não foi de repente, foi sendo, não foi de repente...

P: O quadro clínico dele é mesmo Parkinson só?

FA: Tem uma pré-demência, mas isso é...

P: Mas era uma pessoa muito activa? Com grande rede de amigos, conhecidos?

FA: Foi um comerciante muito activo e depois com o tempo ele foi ficando deprimido e ficou com Parkinson e pronto.

P: As primeiras limitações foram assim a nível psicológico? A depressão?

FA: Aceitar todas as coisas que não conseguia fazer, não conseguir fazer as contas, por exemplo, foi..., foram coisas horríveis que eu senti de uma forma muito... (...)

P: (FA emociona-se, pausa) ...portanto, ele está acamado há cinco anos?

FA: Está acamado há cinco anos.

P: Antes disso, esteve quantos anos em evolução, pelo menos, que se notasse, que se sentissem os efeitos?

FA: Um ou dois anos sentindo-se os efeitos mais quatro até se manifestar, portanto foram para aí à vontade, uns seis anos até... depois foram 2 anos progressivos até acamar, até que deu uma queda e depois, pronto

P: Deu queda e fez alguma fractura?

FA: Não chegou a fazer fractura, coitado, foi uma coisa horrível, não disse nada por vergonha, coitado, foram os vizinhos que nos disseram, isso ainda foi mais horrorizante, essa situação.

P: E porque é que ele reagiria assim, não dizia nada nem à esposa – que na altura era viva – para não preocupar?

FA: Para não preocupar, para não preocupar (...) não queria dar preocupação, mas também não é muito extrovertido, isso é outro factor.

P: Como foi uma coisa que evoluiu, não foi repentina, não houve propriamente um momento de decisão mas, em relação a ficar com ele em casa ou não, foi uma evolução na situação mas alguma vez ponderou a hipótese de o institucionalizar? Enquanto a sua mãe foi viva, já me disse que não. Era ela que queria tomar conta dele e cuidar, assumiu tudo isso mas, após o falecimento dela, nunca pôs a hipótese de o institucionalizar?

FA: Não. Foi uma hipótese que nunca pus.

P: Portanto, só pensaria nisso se fosse de todo impossível manter a situação?

FA: De acordo com a minha experiência em relação à minha mãe, que fiz o melhor que eu consegui (emociona-se), mas acho que ela não devia ter ido para o hospital, porque ela não queria. Mas, de qualquer maneira, acho que também foi o melhor porque eu não conseguia gerir a situação aqui em casa com os dois, por um lado, e também por outro lado, sei que isso teve outra vantagem que foi poder ter chamado a minha irmã e haver mais tempo para a comunicação com os meus irmãos e com a minha irmã, que entretanto também veio cá e é muito complicado em termos de trabalho, lá fora conseguir tirar uns dias para vir cá (...) é tudo muito difícil.

P:.. Ela está em que país?

FA: ... ela está na Alemanha. Deu mais tempo para tudo isso. Por outro lado para ela não sei se foi o melhor porque enquanto ela estava... o cancro fez uma infiltração para os pulmões e ela (...) eu dormia no quarto dela para ver se ela respirava bem (...) houve uma altura em que me perguntou "oh filha, mas eu vou morrer assim?" E eu fiquei muito atrapalhada e levei-a para o Hospital (...) e já não saiu de lá (...) mas acontece que eu não tinha maturidade suficiente para a manter em casa, sentia-me muito des apoiada porque se eu estivesse mais apoiada ela não tinha saído de casa, ela tinha ficado no conforto da casa e...

P: Mas apoiada em termos de família ou apoio mesmo?

FA: Não, em termos mesmo de apoios técnicos, porque a gente conta com o Centro de Saúde mas não pode contar com certas situações e nesta situação eu precisava mesmo de acompanhamento médico e não de acompanhamento de enfermagem, que me dissessem faz-se isto ou faz-se aquilo. Como não tive esse acompanhamento, senti-me completamente...

P: Senti falta de informação, como é que devia lidar com isto, falta de apoio?

FA: Falta de apoio, falta de apoio, porque a pessoa, se tiver apoios, se nos disserem "isto acontece assim desta maneira", de uma forma muito peremptória e prática, "acontece assim desta maneira", há que ver, há que pesar a questão psicológica, a pressão, a maneira de lidar com a situação. E isso não existe, não funciona.

FIM DA ENTREVISTA

## FAMÍLIA AD5 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** Por dificuldades técnicas, a entrevista não começou a ser gravada no início uma vez que a filha (CI) da idosa começou logo a falar, tendo-se assim perdido o registo áudio inicial, em que era explicada a origem da situação de dependência. Esta foi motivada por uma situação de isquemia aguda, em Fevereiro de 2008 que, em três dias, motivou a amputação do membro inferior.

FA: Contei-lhe a história, contei-lhe aquilo várias vezes, é a realidade, pois é, isto está muito mau, ficou logo internada em cirurgia e entretanto foi operada. Teve que ser operada. Mas depois fez uma infecção, teve que ser operada a 2.ª vez. Agora é que a coisa está estacionária. Chegámos a ter uma enfermeira diária do Centro, chegou a vir diariamente cá. Os feriados... meteram-se os feriados arranjámos uma enfermeira ali dos Bombeiros que vinha cá todos os dias naquela fase crítica.

P: Isso foi há quanto tempo?

142

FA: Foi em Fevereiro, a primeira operação foi a 6 de Fevereiro e daí a 15 dias fez a 2ª.

P: E até aí ela esteve bem? Era saudável, autónoma?

FA: Estava, estava, estava. Nós é que já lhe fazíamos o ... comer, lavávamos-lhe a roupa... Mas, ela lavava-se, vestia-se e calçava-se. Orientava o dinheiro, dava-nos X para a alimentação, tem uma pensão social mas orientavam-se. Desde Agosto é que começámos a fazer o comer, pequeno-almoço, almoço e jantar. O meu irmão ficava com eles 15 dias e eu, outros 15. Somos 3 mas só dois é que tomam conta! Iam lá dormir e nós lavávamos a roupa, só dormiam lá e estavam o dia todo aqui na minha casa. Só vinham aqui comer, estavam o tempo que quisessem mas iam lá para o quartinho deles. Agora, a partir de que isto aconteceu ficámos assim. Eu fiquei com a minha mãe e o meu irmão com o meu pai.

P: O seu irmão é casado? Tem a vida dele?

FA: É casado, tem a família, tem 2 filhos já homens e eu... estou aqui, os meus filhos também já são casados, tenho os netos, tenho o meu marido que também tem problemas de saúde, tem apneia do sono e ... eu ponho a minha mãe na cadeira e tiro porque o meu marido consegue fazer isso.

P: E consegue fazer isso?

FA: Faço, faço.

P: Ela não é muito forte?

FA: Não eu acho que até emagreceu um bocadinho, claro que custa um bocadinho, é um corpo morto... mas ...

P: Mas no resto ela ajuda também?

FA: Ajuda muito pouco. A minha mãe ... de cabeça está muito bem, agora é que ela está a dizer que está a ouvir mais mal. A minha mãe ouve muito bem, daqui a bocado se falar mais alto e que ela esteja desconfiada, ouve aquilo que nós dizemos. Ouve bem. De modos que é assim.

P: (...) Aqui na sua casa estão a Sr.ª e o seu marido... que idades têm?

FA: O meu marido tem 69 anos, eu tenho 66, a minha mãe, 91 e o meu pai 90

P: O que é que... Está alguém ainda a trabalhar? O seu marido?

FA: Não, o meu marido foi reformado por invalidez, há 15 anos, reformou-se muito cedo, era motorista da rodoviária e não podia trabalhar, com apneia do sono, não podia trabalhar.

P: Está reformado há 15 anos. E a Sr.ª?

FA: Eu há 10. Há 11, quando o meu neto nasceu, eu era telefonista no Centro de Saúde de (localidade) e apanhei aquela onda dos 55, os 36 de serviço e reformei-me (...)

P: Que habilitações é que tem?

FA: Ah, eu só tenho a 4ª classe só, tirei alguns cursos, era telefonista. Naquela altura era só a 4ª. Classe

P: E a sua mãe e o seu pai?

FA: A minha mãe não sabe ler, só sabe assinar o nome dela (...). O meu pai sabe ler e escrever (...)

P: Estão aposentados, todos. Têm alguma actividade de lazer? Fazem alguma coisa, para além da lida doméstica, a Sr.ª e o seu marido têm alguma actividade?

FA: Temos. Eu vou-lhe dizer: nós somos Testemunhas de Jeová, temos as nossas reuniões semanais, o meu irmão fica aqui umas horas e temos umas saídas ... não é tanto porque...

P: Teve que reduzir?

FA: Tive que reduzir porque eu, não a quero deixar aqui sozinha e para estar sempre a dizer ao meu irmão, vai ali, vai ali ... saio uma vez por semana, uma horinha ou duas, com o meu marido. Ao meu terreno, nunca mais fui, fui lá uma vez ou duas nestes três meses.

P: Disse-me que fica em (localidade) ... cultivavam?

FA: É a seguir a (localidade). O meu marido está lá a cultivar, vai lá todos os dias. Ele diz que o terreno parece um jardim, mas eu não posso ir ...

P: E tem pena, não é?

FA: Pois com certeza. Às vezes até dormíamos lá!

P: E aos fins-de-semana, não?

FA: Não dá para isso, não (fica emocionada), está o problema das fraldas, não, a minha cunhada não é pessoa para isso. Nesta situação o meu marido também me disse "O que é que tu queres? Se eu tivesse assim uma mulher, dizia à minha irmã para ser ela a tratar da mãe" (fica emocionada)

P: O pior é quando acontecer com o seu pai também?

FA: O pior é quando acontecer, não, é que vai acontecer! É que eu vou ter umas férias em Agosto, uma semana. E nessa altura vão ter que se resolver...

P: Também a Sr.<sup>a</sup> tem que descansar um pouco, não é?

FA: É, eu quando saio daqui um bocadinho fico aliviada. Porque são 24 horas sobre 24 horas!.

P: Porque embora ela esteja bem de cabeça mas....

FA: É a arrastadeira

P: É a arrastadeira... e ela chama?

FA: Chama, chama. De noite, se ela mete na cabeça que não fez cocó, ou que tem a roupa enrolada, chama, seja a que horas for da noite. Pronto, e eu tenho que estar, não é?

P: Mas ela, estando bem da cabeça, podia também não a incomodar tanto?

FA: às vezes incomoda um bocadinho. Há outras noites que dorme melhor, toma um comprimido para dormir, que às vezes também diz "eu não dormi" e eu "oh mãe, então não dormiu com o comprimido?" "ah, dormi mal" Mas pronto, é assim a vida. Há dias melhores, há dias piores. Ela come pela mão dela, às vezes trema um bocadinho porque ... são 91 anos.

P: Portanto o seu irmão só apoia mesmo quando a Sr.<sup>a</sup> lhe diz, quando precisa mesmo, tem que ser?

FA: Ele está sempre a dizer "precisas, eu fico cá" Mas é ele que fica. Se for preciso eu sair um bocadinho à noite, o meu irmão vem para aqui, senta-se ali a ver televisão e está ali. A minha cunhada "então a ti (nome) está melhor?" e o meu irmão é que também lá ajeita o meu pai, porque são 91 anos, também precisa de muita limpeza, porque é mesmo assim, pessoas idosas precisam... levar à casa de banho de manhã, pelo menos dia sim, dia não ele tem que mudar de roupa de baixo a cima, não é? Porque nós não queremos que ele... as pessoas estejam bem ao pé dele ... e sabemos que uma pessoa idosa, qual é a dificuldade ...

P: Mas a casa era do seu pai?

FA: Era alugada ao meu pai, depois ficou em nome do meu irmão.

P: E agora, oficialmente, é dele?

FA: Sim, mas

P: ... e pronto? o meu marido também diz, "se estivesses no lugar do teu irmão também fazias da mesma maneira, ele é que sabe" (...) Não houve conversas nenhuma a esse respeito. O meu irmão disse: "Olha, a gente é assim, estamos no mesmo barco, temos que o resolver, eu fico com o pai, estou com o pai aqui, o pai também precisa de muita assistência, e é verdade! E tu, eu sei como tu és, também trataste da tua sogra (...) e a tua sogra para ti também foi uma mãe e tu trataste bem da sogra também tratas bem da mãe"

FA: E estamos assim ... e vou ver se isto vai até ao fim, espero que tenha saúde.

P: De qualquer das maneiras, a Sr.<sup>a</sup> sente que é uma obrigação também sua, dar-lhe apoio, não é?

FA: É tudo, é tudo. Porque eu também tenho que estar preocupada se ela não se fere, as pessoas acamadas começam a ter problemas de bexiga, começam a ter outros problemas e com a idade dela, as coisas talvez também possam... há as consultas, normalmente quem vai às consultas é a minha filha, como trabalha lá e se desenrola nas coisas, é o meu genro que a leva no carro porque não vale a pena chamar os Bombeiros, é o que tem sido, houve uma altura que foi muito difícil, tivemos que a meter mesmo no carro ...

P: Vai na cadeira de rodas?

FA: Levam a cadeira, fecham-na, põem-na atrás, e consegue-se por a minha mãe no banco da frente. Tem ido assim às consultas. Agora tem uma consulta dia oito, vai, aquilo já está quase fechadinho...

P: Ainda bem.

FA: Tivemos uma fase muito difícil, aquilo infectou...

P: Mas não consideraram pôr a prótese?

FA: Não, não. Está fora de questão, diz mesmo "inadaptado", nem ela mesmo conseguia.

P: Não tem força?

FA: Não, não. Ela para se sentar na cama, tenho que estar ali "vamos lá, agora tem que se sentar, pense lá que tem que se sentar"

P: E ela senta-se?

FA: Mas não pode estar muito tempo, diz que cai.

P: Não sente equilíbrio da perna?

FA: Pois. Agora na cadeira de rodas, ela consegue, consegue estar aos bocadinhos.

P: Em termos económicos, o facto de a sua mãe estar aqui consigo, sobrecarrega-a alguma coisa, ou não?

FA: Não, não, não, não. As nossas reformas não são muitas, não são muito grandes mas conseguimos equilibrar, em problemas económicos, não.

P: É mais mesmo o esforço físico, a prisão?

FA: É, é. Já me têm dito "não quer ninguém que vá lá ajudar a lavar a sua mãe?" Mas para quê? Eu depois ainda tenho que estar mais sujeita aos horários das pessoas que têm que cá vir... Eu hoje, comecei às sete da manhã! A minha mãe quis fazer xixi, teve que ir à arrastadeira. Logo nessa altura, aqueci a água e lavei-a por baixo. Depois, um bocadinho mais tarde é que lhe dei o resto do banho.

P: Teve algum apoio na maneira de lidar com esta situação, na maneira de tratar dela?

FA: Não, não, não tive ninguém.

P: Ela veio do Hospital e ...?

FA: E agora está aqui.



P: Agora está aqui e cuide dela?

FA: Pois, agora cuide dela... A minha filha arranjou uma arrastadeira que uma colega lhe deu lá no serviço, posso dizer isto (...). E eu aprendi, que a parte mais larga é para baixo! Fazer a cama e... os pensos vinham cá fazê-los, a higiene...

P: E não faz mesmo? É a enfermeira que vem cá fazer?

FA: É a enfermeira, é. Mas digo-lhe uma coisa, agora por fim eu já era capaz de fazer, porque tenho sido eu e a minha filha a assistir aos pensos, nunca ninguém assistiu...

P: E pôr e tirar a fralda?

FA: Não tenho problemas. Tenho tido é mais dificuldade porque a minha mãe tinha psoríase e tem e (...) de vez em quando está mais vermelho ou mais da cor da pele, ou fica mais vermelhinho...

P: Tem que estar sempre com mais cuidado, não vá ela ficar ali com uma escarazinha?

FA: É, é. Mas no Hospital disseram que não era escara, que era mesmo da psoríase, ficou ali talvez mais sensível à fralda.

P: Hum, pois. Em relação ao seu irmão?

FA: Pois, ele também tem o meu pai, o que é que se há-de fazer? O meu pai também...

P: O seu filho e filha, também ajudam, se for preciso?

FA: Sim. Sim, também, se for preciso, eu digo à minha filha e ela, se pode, fica aqui com a avó. A minha filha, ela gosta muito da minha mãe.

P: É uma responsabilidade familiar que ela aceita bem?

FA: Aceita, aceita. A minha nora, eu nunca lhe disse, mas se fosse preciso, também ficava (...)

P: (...) os seus pais tinham algumas actividades de tempos livres?

FA: Não. Era em casa e iam ao cafezinho e pronto. O meu pai tem problemas (...) não podíamos já deixá-lo andar sozinho mas a minha mãe ia ao café e vinha aqui à minha casa (...) ia e vinha sozinha.

P: Portanto, desde Fevereiro é que as coisas ficaram complicadas, (...) com a amputação não vai ter solução?

FA: Não, não vai. Há que enfrentar agora o futuro.

P: Em relação à decisão dela ficar aqui, foi uma decisão sua e do seu irmão, decidiram assim, ficava cada um no seu lado. Falaram isso com o seu pai e com a sua mãe ou foi uma decisão vossa?

FA: Sim, sim, falou-se. Não fizemos reunião de família, que era o que eu acho que devia ter sido feito, não se fez. Mas deu-se a entender depois à minha mãe, porque ela, em certa altura, disse que não queria sair daqui.

P: Porque ela lá estava sozinha?

FA: Disse que eu é que sabia, "tu sabes melhor, a tua cunhada não sabe..."

P: É filha, tem mais à vontade consigo?

FA: Pois, com certeza que sim. Olhe, eu nunca pensei estar tão à vontade, mas eu acho que isto... a necessidade às vezes obriga a pessoa a ter que reagir.

P: Isso condicionou bastante a sua vida?

FA: Ah, sim, um bocadinho, mas...

P: Mas, mais então em relação aos tempos livres, à liberdade de poder sair, que agora não pode?

FA: À liberdade de poder sair para qualquer lado, pois.

P: Em relação às suas tarefas diárias, está com o seu marido, mas é a Sr.<sup>a</sup> que é a responsável por tudo?

FA: Sim, é assim. O meu marido vai para o terreno todos os dias, sai de manhã.

P: É o hobby dele?

FA: É. O meu marido, com o problema da apneia... e não deve ser só isso ... o meu marido deve ter um problema de ... ajude-me lá. O meu marido deve ter um problema de "stress de guerra", porque ele esteve no Ultramar em 61 e fechado aqui em casa, não dá. O médico diz-lhe "não fique em casa, vá lá para o seu terreno, trate lá das couves..."

P: E lá está distraído?

FA: E lá está. Tem lá uma casinha. Hoje por acaso está (em casa), está deitado a descansar, porque passa muito mal as noites.

P: Vai e vem, todos os dias?

FA: Todos os dias! Vai e vem. Anda todos os dias para cá e para lá...

P: E a Sr.<sup>a</sup> tem que gerir a sua vida, aqui sozinha, com os horários sobrecarregados, os netos para apoiar também... Os amigos, vizinhos, se for preciso, ajudam?

FA: Ah sim! Estão fartos de se oferecer: "Ana, se precisares de sair, eu vou para lá". Em princípio, quando as coisas estavam piores, tinha uma velhota, que mora no 1.º, não é aqui, é por cima deles (da casa dos pais), vinha para aí "Ana, vai tomar o cafezinho agora". Até me admiro de ela ainda não ter aparecido... Tem muitas visitas, a minha mãe.

P: Pois, porque já moram aqui há muito tempo?

FA: Eu já moro aqui há uns 40 e tal anos, 45 anos. Quando a minha mãe veio do hospital, era sempre. Agora, já me perguntam mais, mas ainda tem muitas visitas (...) eu saio à porta e é até que entre...

P: Em relação ao seu marido, o facto de a sua mãe ter vindo para aqui, houve alguma alteração? Aceitou bem?

FA: Não, não houve. O meu marido aceitou. Então ele disse-me "Se eu tivesse uma irmã, fazia o mesmo, o que é que tu queres?" É assim! Aceitou, é minha mãe, aceitou bem.

P: Alterações na casa, foi necessário fazer?

FA: O quartinho da minha mãe, era o quartinho dos netos, a caminha já lá estava....

P: A cadeira de rodas, circula bem (pela casa)?

FA: Passa. Passa bem. Tenho que tirar um movelzinho ali no corredor, mas passa.

P: Em relação às suas rotinas de lazer?

FA: Ficaram mais condicionadas! (...) Mas o meu irmão fica aí, assegura a situação (...) ele mora aqui ao lado.

P: (...) Em relação à alimentação, ela tem alguma alimentação especial?

FA: Não. Come tudo. Ainda hoje comeu favas.

P: E em relação à medicação, tem que ter atenção ao horário?

FA: A medicação, tem de manhã para o coração. Quando veio do hospital é que tinha os antibióticos a horas certas. Agora tem aquela medicação que é sempre só de manhã. Toma a medicação, pronto.

P: Ela vê televisão, conversa?

FA: Ela não quer televisão no quarto.

P: Não tem actividade nenhuma, não se distrai com nada?

FA: Ah... o meu pai vem para aí de manhã, falam, falam, estão sempre a falar, eu às vezes nem os percebo. As minhas vizinhas também vêm, também estão ali um bocadinho, dorme um bocadinho, levanto-a na cadeirinha, enquanto a perna ..., aquilo esteve assim feio, eu tinha medo de a levantar, agora já a levanto mais (...)

P: Em relação ao exterior, neste momento, o único apoio que tem, são as enfermeiras?

FA: Sim, só. Mas eu penso que aquilo está quase curado. Quando aquilo estiver bom, pronto.

P: Se as coisas se complicarem, pondera a hipótese de Lar ou vai, enquanto lhe for possível, mantê-la aqui?

FA: Lar, não! Nem temos possibilidade de os pôr num Lar, em termos económicos. (...) Por muito barato que seja, vai, há aqui uma Sr.<sup>a</sup>, por cima, que paga 800 euros, fora fraldas e medicação. Nós não temos possibilidade disso (...) só se, sei lá, uma coisa que seja impossível nós tratarmos. Mas nesse caso, se precisar de assistência médica, estará no hospital.

P: Essa opção é por uma questão económica ou é mesmo porque sente que é uma responsabilidade familiar, cuidar deles?

FA: É as duas coisas também. Eu acho que não pus a minha sogra num lar, também nunca iria por a minha mãe, não! É as duas coisas: económica e mesmo a nível familiar, nunca a punha num lar, não, não. E se algum dia, ela tiver algum problema, vou pedir apoio de enfermagem (...)

P: ... e Instituições particulares, que fazem apoio domiciliário?

FA: Só em casos muito extremos, só em casos muito extremos, que a minha mãe fique aí numa situação extrema, que eu não seja capaz de tratar dela. Eu até aqui, dou-lhe banho, trato e arranjo. Também, só se ficasse, sei lá? Não sei ... como é que as coisas poderão evoluir... mas não!

P: Em relação ao seu outro irmão, ele, não...?

FA: Só vem ver a minha mãe. "Está melhor?", "está pior?" ...

P: E mora aqui perto também?

FA: Mora aqui perto. Mas, como a minha mãe esteve sempre com a gente ...

P: Esteve sempre? Quer dizer...?

FA: Eu morei 11 anos com a minha mãe, entretanto mudei para aqui, ele casou a seguir a mim, não ficou lá, queria lá ficar mas não ficou lá, eu já lá estava, não podíamos ocupar outro espaço... Ele depois arranhou casa. Depois casou o meu irmão mais novo e ficou lá ... em casa. E ele já tinha a casa dele. Mas neste aspecto, o meu irmão não ... só pergunta se está melhor, se está pior, "então como é que estão, estão bons?"...

P: Portanto, apoio não dá?

FA: Não, nenhum. Nem apoio, nem nunca, nem ... nada, nada.

P: Não opina sobre a situação, se fazem bem, em ser assim, se fazem mal?

FA: Não. Nunca falou.

P: E nunca ponderaram chamá-lo a participar?

FA: Não, não. E ele também teve problemas aqui há uns anos, teve um problema numa perna, já foi operado duas vezes ao joelho e ... também não ..., não, nunca falámos no assunto.

P: Mas são três filhos?

FA: Se houvesse bens, seria um dos herdeiros ...

P: Pois, exacto. Mas também ainda pode vir a ser necessário o apoio dele?

FA: Não ... não. Mesmo que a situação se complique, não vamos recorrer a ele ... é uma opinião (decisão) ...

P: Mas foi ele que se pôs de parte? Vem desde o início, o afastamento?

FA: Vem, sim, vem desde o início, tem sido sempre assim. Embora visite os meus pais... ainda ontem aí esteve. Entrou e saiu. "Então mãe, como é que estás?" Veio com um filho, o outro ficou ali fora no carro ... A minha mãe, é visitada é por estes netos, pelos outros não.

P: Hum, hum...

FA: Pensa que, talvez o meu pai tivesse feito mais anos, por a minha mãe ter ajudado a criar os nossos filhos.

P: Será uma questão de ciúmes?

FA: É, é..., porque, entretanto, nós ficámos por aqui e os meus filhos (...) a minha mãe ajudou-me muito e eu também ajudei a minha mãe, não é? Noutras coisas ... e os filhos dele ... ela (cunhada) nunca trabalhou e quando teve três filhos queria ir trabalhar e a minha mãe disse que não ficava com mais três miúdos, já ficava com os outros. A irmã dela, que não trabalhava, que ficasse com um ... e... entretanto, eu acho que isso pareceu mal... (...) e isso gerou ciúmes, eu acho que eram ciúmes, um bocadinho. Entretanto nós, eu e o meu irmão, pensámos em nunca lhe dizer nada. Entretanto a minha mãe foi para o hospital, eu fui lá dizer: "olha, a minha mãe foi internada, possivelmente vão-lhe amputar uma perna". E o meu irmão não veio cá nesse dia à noite! Nem no outro ..., nem no outro... falar connosco. Tem sido assim umas coisas, que é preferível não dizer nada! Tratamos os dois das coisas, não sei se estamos a fazer bem, se estamos a fazer mal, mas quanto a mim ...

P: É assim, se se dão bem ...

FA: Ah, sim, sim.

P: ... se há, se houve esse afastamento desde o início ... (...)

FA: (...) Eu e o meu irmão vamos fazer os possíveis para que eles tenham aquilo que a gente possa fazer...

FIM DA ENTREVISTA

## FAMÍLIA LAR1 TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** A entrevista foi efectuada à filha, com o marido presente para "ajudar", se necessário, dado o problema de saúde da esposa – depressão acentuada. A entrevistada apresentou, de início, alguma dificuldade em responder às questões, fazendo-o com frases curtas e rápidas, outras vezes, não respondia, tendo a entrevistadora que insistir na (s) pergunta (s).

P: A vossa família tem quantos elementos? Portanto, é o casal, já vi que é um casal e...?

FA: Um filho e uma filha.

P: ... que residem convosco?

FA: Não. A minha filha é casada, vive em (localidade próxima), o meu filho é solteiro.

P: Que idade é que têm?

FA: Eu 53, ele 56 (marido) e o filho 27.

P: Já estão reformados, trabalham?

FA: O meu marido é doente oncológico, eu sou reformada e o filho trabalha.

P: As habilitações literárias, se não se importa, quais são?

FA: 4ª. Classe, eu, o marido 9º. Ano e o filho o 12º.

P: Ele não quis estudar mais?

FA: Não quis.

P: Tem alguma actividade de tempos livres? Faz alguma coisa, passeia, vê televisão, lê, como é que passa o tempo?

FA: Pouco. Eu tenho pouca paciência, aborreço-me...

P: Está em casa, vê televisão, faz a lida da casa?

FA: Faço a lida da casa e com muito custo, muitas vezes...

P: ... e pronto, fica assim. A sua mãe, antes de estar internada no Lar, vivia consigo, aqui, nesta casa? (acena com a cabeça, a dizer que sim)

P: Vivia já há muito tempo ou começou a viver depois de estar doente?

FA: Não, foi sempre assim

P: Viveu sempre consigo? (acena que sim, com a cabeça) E ela também era uma pessoa assim muito caseira ou...?

FA: Muito. Nunca saía, nunca, nunca.

P: Não andava na rua, não convivia com os vizinhos, com as amigas? (acena que não) Nem sequer ia dar umas voltinhas aí pelo campo, apanhar ar puro?

FA: Nos últimos 20 anos já era só casa. Só casa...

P: Então e agora tem esta preocupação, esta responsabilidade de ter a Senhora (mãe) num lar. Como é que sentem esta responsabilidade de tomar conta dela, de lhe dar assistência ...? Também não sei que assistência é que dão, se em termos económicos ou ... Como é que entende a responsabilidade familiar face aos idosos, aos familiares mais velhos? ... Acha que é uma obrigação, uma sobrecarga? ... Acha que é agradável tomar conta dos idosos, ou cada um na sua casa? ... Como é que encara o apoio que tem que se dar aos idosos, que a família deve dar aos idosos, aos seus idosos dependentes?

(a entrevistada não respondia facilmente pelo que houve necessidade de reforçar as perguntas)

FA: Acho que em casos de situações como o da minha mãe, para uma filha sozinha e com problemas de saúde e com o marido sem 146  
fazer esforços, os filhos são novos, ela tem a casa dela, ele tem 27 anos, acho que é muito difícil para um estado como o meu.

P: Que problema de saúde é que tem a sua mãe?

FA: A minha mãe... tem alzheimer!

P: Hum... que é uma situação muito complicada... dá um desgaste muito grande?

FA: Ela esteve aqui seis meses, com essa doença, foi muito difícil. Eu agravei muito o meu problema e o meu psiquiatra mesmo é que me aconselhou, que eu não podia viver junto dessa situação

P: A vossa rede familiar... tem mais irmãos? Ou seja, a sua mãe tem outros filhos que lhe dessem apoio também ou era só a Sr.ª?

FA: Eu sou sozinha. Não tenho mais ninguém.

P: Era a Sr.ª sozinha que tinha essa responsabilidade?

FA: O meu pai também era doente, o meu pai faleceu há um mês, também era doente e foram muito difíceis, os seis meses que durou ...

P: Também era doente (o pai)?

FA: O meu pai era doente mas não era do pior só que lhe foi detectado um carcinoma... rebentou, tinha 85 anos e rebentou, já não houve solução para nada.

P: Foi uma situação também repentina? Descobriu-se e ...

FA: Foi. Em dois meses ele morreu.,

P: Nessa altura, estava o seu pai aqui?

FA: Não. Estavam os dois já no Lar. Quando foram, foram os dois. O meu pai ainda estava um bocadinho melhor...

P: A sua mãe é que estava pior?

FA: Sim, a minha mãe... custou-me muito, a mim e à família toda, porque ela não parava sossegada, rasgava tudo, eu já não podia com ela, uma vez caiu-me da cama, vi-me negra, o meu pai já era velhote, não podia fazer esforços, o meu filho também não estava cá, foi um problema muito grande...

P: A sua mãe neste momento tem que idade?

FA: A minha mãe faz, tem oitenta, faz 81 para o mês que vem.

P: E o seu pai?

FA: O meu pai tinha feito 85 anos em Março.

P: Portanto já eram os dois bem idosos. Eles foram para o Lar quando?

FA: Faz três anos a 13 de Setembro.

P: Mesmo assim, ainda estiveram lá um tempinho os dois, até ele falecer... Mas, tirando a sua doença também, o facto de ser também uma pessoa com problemas e do seu marido também, acha que a família tem obrigação de tomar conta dos seus idosos? Ou é assim: cada um toma conta de si, ou seja, há filhos que acham que se os pais estão doentes, então vão para um Lar e lá que cuidem deles e há outros que acham,

não, são os meus pais, ficam comigo enquanto eu puder, até eles morrerem não saem daqui. Há perspectivas diferentes. Como é que a Sr.<sup>a</sup> acha a responsabilidade da família perante os idosos?

FA: Eu acho que, se não se prolongar por muito tempo, que a gente aguente... sempre são os nossos pais!

P: Devem tomar conta deles?

FA: Mas ... também não sou contra o Lar.

P: Ou seja, se a família tiver condições, acha que devem tomar conta dos idosos mas, se isso for uma sobrecarga que não seja possível aguentar, aí terá que haver outra solução?

FA: Porque... de certeza que, se eu estivesse aqui com aqueles problemas, já tínhamos morrido todos, porque eu estava quase louca. Foram seis meses, com ela sempre a piorar, acamou, está aleijadinha...

P: Então não é só o problema da alzheimer, tem também problemas de ossos?

FA: A gente não sabe.

P: Já está acamada há muito tempo?

FA: Há dois anos.

P: Quando saiu daqui ainda não ia ...já estava muito dependente?

FA: Já. Quando saiu, teve que sair amarrada, porque caía, não tinha já... não parava sossegada...

P: E já estava incontinente?

FA: Sim.

P: E, em termos de higiene, também era complicado para si?

FA: Sim, porque ... mas depois, já estava no Centro de Dia

P: Vinha passar a noite?

FA: Sim.

P: Portanto, já aliviou um bocado, o facto de estar lá no Centro de Dia, já aliviou um bocado? Mas, as noites também é o que é às vezes mais difícil, se as pessoas não descansam...?

FA: O problema é que ela não parava sossegada, não parava deitada, queria... Foi muito desgastante. Custou-me muito, ter que a levar para o Lar mas teve que ser.

P: E a dependência, a doença dela foi detectada assim de uma maneira repentina ou foi a pouco e pouco?

FA: Foi a pouco e pouco.

P: Foram-se apercebendo que havia coisas que já não estavam bem?

FA: Sim, fomo-nos apercebendo. Levantava-se todos os dias às cinco da manhã. Tinha aquela mania que queria ir lavar o poial... morreu-lhe uma irmã... ficou descontrolada lá na casa mortuária, só queria ir lavar a rua ... depois fez TAC que acusou a doença, arteriosclerose...fez uns exames ...

147

P: E teve que tomar a decisão de a internar, por já não ter condições para lhe dar apoio? Custou-lhe muito, apesar de tudo, ter que a por lá?

FA: Não sei qual foi a decisão mais difícil, a minha mãe ainda não faleceu, se foi ter que lhe arranjar as coisas para irem para o lar, se a morte do meu pai. Foi muito idêntica. Agora já me habituei a estar aqui sem eles mas foi muito difícil, eu vivi sempre com eles.

P: Portanto eles já moravam aqui, depois a Sr.<sup>a</sup> casou e ficou, mantiveram-se sempre juntos? Ou seja, quando ela foi para o Lar é que se deu a separação que se podia ter dado quando a Sr.<sup>a</sup> casou, mas que não se deu e custou-lhe então, nesse sentido...? Quando escolheu aquele Lar, foi porque era o que havia aqui à volta? Conseguiu vaga ou teve-a inscrita ainda durante algum tempo até ter vaga?

FA: Esteve lá ainda inscrita. E outro Lar, eu não podia pensar, porque não tinha possibilidades para pagar. Um Lar particular, eu não tinha possibilidades para pagar.

P: Por causa da pensão dela, que é baixinha? E ali paga de acordo com ...

FA: Porque a pensão dos dois não dava para um. E eu não tinha possibilidades para pagar!

P: Há lares lucrativos aqui na zona?

FA: Há o da Misericórdia.

P: Mas há outros por aqui, a pagar tudo (lucrativos)?

FA: Aqui próximo não há.

P: E não havendo próximo, longe ainda teriam que contar com mais a despesa da viagem?

FA: Sim, mas eu não podia pagar.

P: Estavam inscritos ali e esperaram até conseguir ter a vaga?

FA: Sim. Depois a Assistente Social veio aqui a casa, viu as condições. Falta de espaço não era, só que eu tenho uma casa de banho no 1.º andar e ali na rua, com os poiais, não dá para cadeira de rodas, nem nada. Mas o meu maior problema é que o meu marido, nessa altura ainda não era doente oncológico mas fez uma operação à coluna e não podia fazer esforços.

P: Não podia fazer esforços. Portanto, não conseguiam levá-la para cima, para lhe dar banho, se a casa de banho é lá em cima? E com escadas não havia hipótese de andar com a cadeira de rodas?

FA: E depois há escadas na rua e há escadas em casa e depois com o problema da minha mãe, ela não parava sossegada, a tentativa dela era sempre subir e andar por todo o lado.

P: E a Sr.<sup>a</sup>, ficava aflita, com medo que ela caísse?

FA: Davam-lhe aquelas crises, desmaiava, entrava em coma, tinha que chamar a ambulância, cheguei a ter a minha mãe, a chamar a ambulância para a minha mãe e o meu pai com cólicas, tive que voltar a chamar a ambulância para o meu pai, com cólicas renais. Foi muito complicado.

P: Seis meses foi com a situação da sua mãe pior, mas era uma situação que já vinha de trás, o seu pai com o problema das cólicas, já vinha de trás? Até pela idade, já havia alguma dependência vinda de trás?

FA: Sim, eram cólicas renais, era a vesícula e...

P: E agora, vão lá de vez em quando vê-la, vão em transporte próprio ou? Têm que ir de carro? Daqui há transporte (público) para lá?

FA: Não, não.

P: Se não tivessem carro próprio, também era complicado? Teriam que ir de táxi?

FA: Já tenho ido à boleia. Agora o meu marido está de baixa, ele foi operado, e eu já tenho ido à boleia. Eu não gosto nada de ir à boleia, mas em caso de necessidade, já tenho ido à boleia.

P: Porque daqui para lá, só mesmo de táxi?

FA: Aqui não há táxis

P: Aqui, não há táxis? Não há Praça de Táxis?

FA: Não. Já houve há uns anos atrás mas agora não

P: Então tinham que chamar o táxi de (localidade) o que ainda se tornava mais caro?

FA: Sim

P: Vai lá quantas vezes semanalmente, visitá-la?

FA: Vou duas ou três vezes, conforme, vou ao meio da semana e aos fins-de-semana.

P: Porque ela também não precisa de cuidados especiais, é só a visita?

FA: Ela não me conhece

P: Está já naquela fase em que tudo é indiferente?

FA: Não conhece ninguém, nem se apercebeu da morte do meu pai.

P: Portanto é mais uma necessidade sua, de a ir ver e estar com ela?

FA: Pelo médico, eu vou lá o mínimo de vezes mas...

P: Magoa-a ir lá e vê-la?

FA: Ir lá, magoa-me vê-la naquele estado em que ela está e não ir, também me sinto mal. E assim vamos indo, até aguentar

P: É complicado. Se vai, tem uma coisa contra, se não vai, tem outra.

FA: O médico diz que eu devia ir lá o mínimo possível. Agora quando o meu pai esteve lá naquele estado, gritava com aquelas dores, o tumor rebentou...

P: Era onde?

FA: Era na próstata... rebentou...

P: Foi uma morte violenta, muito sofrida, com muitas dores. Para si, isso também foi complicado, com certeza.

FA: Sim

P: Em relação à parte económica, o facto dela estar num Lar sobrecarrega-vos de alguma forma ou a pensão dela é suficiente para a mensalidade e para as fraldas?

FA: Enquanto foram os dois, poucos foram os meses que chegava, porque tinha que se pagar fraldas, medicamentos. Agora, daqui para a frente não sei, ainda não paguei.

P: Mas a mensalidade dela é de acordo com a pensão, portanto, sendo só um, talvez chegue?

FA: Mas ela está a tomar medicamentos muito caros, só um, à parte dela são cinquenta e tal euros e depois são as fraldas, é tudo o que faz falta...

P: Mas com os subsídios de Natal e férias talvez consiga equilibrar?

FA: Talvez, talvez

P: Têm dificuldade económica em apoiá-la ou a vossa situação permite?

FA: Os nossos rendimentos é a reforma e a baixa do meu marido (...) a casa era dos meus pais, não pago renda, se não, não sei como seria. É os médicos, anda na particular, se não já tinha morrido (o marido).

P: Era onde o tumor?

FA: Era na próstata. (respondeu o marido) Era um tumor maligno na próstata, estava quase a rebentar, foi tudo tirado, fiquei incontinente, o médico está a querer operar outra vez.

FA: Para ele ser operado, paguei quase 10.000 euros, infelizmente a saúde está assim (...) tem que se arranjar, tem que se pagar (...) o médico disse, tem que ser operado já. E não havia vaga, eram seis meses no mínimo

(A entrevistada e o marido relatam as dificuldades em fazer os exames e a operação, em tempo útil, através da Segurança Social, o que os levou a recorrer a operação particular (pelo médico que os seguia no Hospital e que faz uma consulta por semana, o resto trabalha em clínicas...) ele disse "tem que ser operado já, se for particular, é para a semana, se for em lista de espera são cinco meses. Pensem a vossa vida" O que é que nós havíamos de fazer? Ficámos "perdidos" sem saber o que fazer, com o tumor para rebentar a qualquer hora? (...) agora já está a ser seguido no Hospital porque nós não podíamos mais, dissemos ao médico que o passasse para o hospital, que nós já não conseguíamos pagar as despesas. E ele passou.)

P: (...) É muito complicado. Problemas de saúde são muito complicados... (pausa) ... e em relação à Instituição, onde está a sua mãe está internada, é boa? Tem boas condições? Qual é a sua opinião sobre a mesma, sobre as condições, o pessoal, o que é que acha da Instituição?

FA: Olhe, eu não sei se... tenho opinião para dar ... porque ...há funcionárias que dão dignos do trabalho que têm outras nem tanto. Umas têm mais jeito que outras (...) há pessoas que, por mais que se puxe, não têm jeito e outras que não é preciso nada, dão tudo. (...) Com o meu pai tive problemas, o meu pai faleceu há um mês e queixava-se a mim que havia lá funcionárias que... eu nunca quis arranjar problemas nenhuns porque eu ainda agradeci muito à Santa Casa, que me arranjam para ter tido a vaga e não quis arranjar problema mas também me doía o meu pai queixar-se, não é? Nunca quis arranjar problemas mas a pessoa, como agia com os idosos, não merecia o lugar. (...) Era da parte da noite (relata episódios de troca de palavras desrespeitosas para o idoso, por parte da funcionária). (...) Agora a minha mãe não se queixa, não tem condições para isso (relata episódios de desorientação e de conversa sem nexo, característica da doença de Alzheimer), não se sabe

queixar (...) ela fala mas é sozinha, já não ouvia nada, era surda, mesmo com o aparelho já não ouvia nada. (...) Mesmo quando ela fala, não se entende nada, é a linguagem dela, não sabe o que diz...

P: Como é que encara o problema do envelhecimento, a dependência das pessoas, a população cada vez mais idosa, como é que vê este problema do envelhecimento, em relação a si própria e em relação a tudo? Aos outros?

FA: Eu estou já... olhe, eu acho que já tenho mentalidade de oitenta anos, eu

P: E isso preocupa-a, saber como é que será o seu futuro na velhice, que respostas que poderá encontrar, ou não?

FA: Preocupa-me é o sofrimento... preocupa-me é o sofrimento

P: Pensa que poderá ir para o Lar?

FA: Penso que, se lá chegar, se não morrer de repente, tenho a certeza que vou.

P: Não há outra hipótese, a solução será essa ...

FA: Sim, será

P: E isso deixa-a triste, ou?

FA: Deixa-a triste ... claro, ninguém gosta de sair da sua casa não é? Eu digo que tenho que ir por necessidade. Os filhos não podem, ou não querem, isto está muito difícil, cada um tem a sua vida, hoje em dia, isto está muito difícil, não podem. A minha filha é casada, tem um filho, tem uma casa a pagar, tem as despesas dela, o meu filho, ele é solteiro mas amanhã há-de ser a mesma coisa

P: O mais provável é ficar sem apoio familiar que possa tomar conta de si. Aquilo que, de alguma forma fizemos aos nossos pais, os nossos filhos já não poderão fazer?

FA: Pois terá que ser.

P: Terá que ser o Estado a tomar conta dos velhos...?

FA: Eu desejava era a morte. O que eu gostava era de me deitar à noite e já não acordar de manhã.

P: Isso é o desejo de muita gente, mas não quer dizer que desejem morrer.

FA: Sim, mas desejam isso já em velhos mas eu desejo já, não me importava de ser já (...) eu estou saturada, acho os dias grandes, as noites grandes (...) têm sido muitas coisas seguidas, A minha cabeça é fraca e cada vez está pior...

P: Tem passado por muitas coisas traumáticas que tem passado, mas isso há-de melhorar.

FA: Foram muitas coisas seguidas. (...) O trabalho, quando trabalhava, eu gostava, gostava das minhas companheiras mas por fim (...) custou-me muito deixá-lo mas eu já não conseguia, já não podia, (...) tudo me aborrecia, tudo me chateava, depois chorava sozinha (...)

P: E não tem um quintalinho (...) umas flores para tratar, não se entretém?

FA: Entretenho-me, sim, tenho, é a minha sorte mas (...) a minha distração, as minhas saídas é ir ao médico, ao lar ou ao supermercado, é as minhas saídas.

P: Aqui também não há nada onde as pessoas se possam distrair um pouco? (...) Mas, o ter o quintal, cuidar das flores, já ajuda?

FA: E a casa também é grande, dá muito trabalho. Só que eu, muitas vezes, já não quero saber de nada ...

149

FIM DA ENTREVISTA

## FAMILIA LAR 2 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** A entrevista decorreu na casa da filha, ex-cuidadora, que reside com o marido e uma das duas filhas gémeas. Também aqui se nota um pouco a linguagem alentejana, embora de forma mais ligeira. Assim, palavras eventualmente mal escritas, são sim a transcrição integral da "fala" do Alentejo

P: (...) Em relação à família, (...) a sua mãe chegou a viver consigo algum tempo, antes de ir para lá (lar) ou quando ficou dependente... Como é que foi a ida dela para a instituição?

FA: A minha mãe morava 7 km. Começou a andar doente e eu tinha que andar sempre para trás e para a frente até que a trouxe para a minha casa. Entretanto fui inscrevê-la num Centro de Dia, ia de manhã para o Centro de Dia e à noite e fim-de-semana ficava aqui em casa. Depois, com o continuar da doença, a doença agravava-se

P: O que é que ela tem?

FA: Olhe, se quer que lhe diga, não sei o que ela tem.

P: Alzheimer?

FA: Começou a perder a sensibilidade das pernas, quando ela andava, andava e 'pois caía. Levantava-se sem força, voltava a cair, soltava-se-lhe o sangue e pronto, foi... um agravar da situação, cada vez mais mal.

P: Mais debilitada?

FA: Mais, mais, mais. E agora desde Setembro do ano passado, mais ainda. Do ano passado, sim está

P: Sim, está quase a fazer um ano. Mas não lhe deu AVC? Tem sido só?

FA: Não, não. Ou é dos ossos ou... fez uns exames em (localidade) (...) e diz que é as células que começaram a morrer. E falta de equilíbrio.

P: Mas dos ossos, ou do cérebro? Não avançam para demência, nem Alzheimer, não ...?

FA: Ela está bem de... não se esquece de nada! Tem já muita dificuldade, agora em se exprimir, em dizer o que sente, mas ela não está esquecida de nada, ela ouve tudo...

P: Tem dificuldades de expressão mas não é de esquecida?



FA: Não, não. Tem já muitas dificuldades, agora, cada vez mais, desde que está ali no Centro (Lar) de dia e de noite, cada vez se nota mais, pronto, tem mais dificuldade em tudo, já em levantar a mão à cabeça, vá, assim no gesto...

P: Portanto, é uma dependência que tem vindo progressivamente a aumentar e os médicos não avançaram com diagnóstico nenhum. Ou não sabem?

FA: Não estão certos. O médico, por acaso não era o médico dela (...) dizia que foi várias trombozes que lhe passaram, várias pelo cérebro. O médico dela, só fazendo a pergunta, eles também não dizem, são pessoas fechadas, não dizia nada e agora...

P: Ela tem que idade?

FA: Fez 69 agora no dia 15 de Março.

P: Não é muito idosa, também não é por aí...

FA: Não, não, não. E era uma pessoa muito rija, gostava de se divertir, pronto, da vida. E agora vê-se ali assim, pronto. Ali está, levantam-na, deitam-na, está sempre naquele...

P: Naquela prostração?

FA: Sim...

P: Ela vivia sozinha, era autónoma, tinha a vida dela? É viúva já?

FA: Até aos 66 anos foi uma pessoa que não precisou de ninguém para nada. A partir daí, pronto. Começaram a aparecer-lhe os problemas.

P: Portanto, esteve aqui convosco ainda algum tempo? FA: Um ano, quase.

P: Como é que é composta a sua família daqui? Quantas pessoas é que?

FA: Éramos três pessoas, com ela quatro.

P: Estavam a trabalhar ainda? A S.<sup>a</sup> e o seu marido trabalham ainda?

FA: Sim, trabalhamos juntos, um com o outro...

P: Trabalham em quê?

FA: Nos mercados, vendemos roupa.

P: Que idade é que têm?

FA: Eu tenho 49, o meu marido 51 e as filhas, 28. (são 2 gémeas)

P: (...) Que habilitações literárias é que têm?

FA: A minha mãe é analfabeta, eu é a 4.<sup>a</sup> Classe, o meu marido também. (...) Esta é Educadora de Infância (a filha que reside ainda em casa), a outra é professora do primeiro ciclo (já é casada e vive fora).

P: Para além da família nuclear, têm mais família exterior, que dê apoio a sua mãe, ou são sozinhos?

FA: Não, não. Somos só a gente.

P: Ela não tem mais filhos?

FA: Não tem mais filhos.

P: A estadia dela aqui em casa, alterou o vosso dia-a-dia, os vossos tempos livres, de lazer, alterou as vossas rotinas?

FA: Um bocadinho porque ela estava dependente, em tudo, de mim... quando eu ia para ... pronto

P: Portanto, quando ela ia, já ia preparada?

FA: Exactamente, porque ele (motorista do Centro de Dia) vinha aqui buscá-la mas eu também saía cedo, havia vários horários a cumprir, pronto, era assim. Quando eu tinha que abalar às sete, pedia ao senhor para ma vir buscar um bocadinho antes das sete para eu também ir a trabalhar! Quando eu não ia trabalhar, porque às vezes eu não tinha trabalho, vinham buscá-la às dez horas, era mais um bocadinho. E nos fins-de-semana, ficava aqui. Quando eu ia trabalhar, tinha que ser esta minha filha a tomar conta dela até eu chegar. Porque eu, praticamente, quando eu chegava, é que tratava dela...

P: E à noite, também tinha que estar a horas para a receber, quando vinha a carrinha trazê-la do Centro de Dia?

FA: Exactamente.

P: Ela já estava muito dependente nessa fase, já estava muito dependente?

FA: Já, já.

P: Não andava sozinha?

FA: Quando veio para a minha casa, o ano passado em Abril, foi quando ela veio para a minha casa – para a minha casa e para o Centro de Dia – ainda vinha com andarilho. Andou com andarilho até aí em Setembro desse mesmo ano e em Setembro tive que ir lá ao Lar pedir uma cadeirinha de rodas porque eu já... ela já não se segurava nas pernas para eu a poder transportar, de casa para a carrinha...

P: E comia sozinha ainda?

FA: Comia sozinha ainda.

P: E incontinente? Já estava ou ainda não?

FA: Ainda não. Ainda ela hoje, elas é que lhe põem a fralda, mas ela ainda tem a noção de, assim, de pedir.

P: Pede. Não vai sozinha, mas pede?

FA: Pois, sim, sim.

P: Já me disse que a sua mãe vivia na casa dela. Vivia sozinha, tinha vizinhança, amigos, familiares?

FA: Tinha, tinha. Não, ela não vivia sozinha. Ela vivia com um irmão dela, que é solteiro. Tem 76 anos. Viveram sempre um com o outro. Ela começou a ficar como estava, teve que vir para a minha casa, ficou lá ele sozinho.

P: Como é que encara a responsabilidade familiar face à dependência dos idosos, neste caso a sua mãe, como é que... acha que a família tem obrigação de cuidar dos familiares, ou acha que devia ser o Estado, as Instituições?

FA: Obrigação, todos temos, não é? De tratar dos nossos, mas às vezes as vidas não ... não permitem tratar deles, que é o meu caso. Eu trabalho com o meu marido, não é? Se eu não for, ele também não vai, não vai ninguém! E pronto.

P: Esse apoio que lhe deu e está agora a dar, agora ela já não está aqui, não é... mas de qualquer das maneiras, vão visitá-la e...

FA: Sempre que pudemos, quase todos os dias ... ainda ontem lá estivemos (...) amanhã vou, domingo vou, só quando não ...

P: Sempre que pode vai sempre?

FA: Vou sempre, vou sempre, também é porque moro aqui, é pertinho, uma hora vou lá vê-la ... sempre vejo como é que ela está, ela fica mais bem-disposta, de ver a gente ...

P: Há alguma sobrecarga económica com ela, da vossa parte?

FA: Um bocadinho, porque...

P: A pensão dela não dá para o Lar e para as despesas?

FA: Não, não, nem nada que se pareça ...

P: Portanto, ela não está ao abrigo do acordo? Está em mensalidade livre, não paga de acordo com a pensão?

FA: Não, não. Ela está no outro onde paga um bocadinho mais que (...) é a mensalidade mais os medicamentos à parte, mais a fralda à parte e ... os pensos, qu'elas à noite põem-lhe uns pensos para elas não repassarem a cama (...) isso tudo é à parte, pomadas, tudo, tudo.

P: Dá um encargo mensal, à vossa parte, de...?

FA: Então, é assim... hoje fui pagar a mensalidade, são quinhentos euros, já lá tenho mais 36 euros de medicação e mais ... isto é hoje, que estamos no princípio do mês, não é? Vai aí a ... vá, pelo outro dinheiro antigo, aí a 120 contos ou 125 contos ...

P: Portanto, sempre cerca de (...) 600, 620 euros, mês?

FA: Sim, sim, para mais que para menos.

P: E isso, em termos económicos, já é complicado para vocês, ou?

FA: É um bocadinho porque isto, as vidas estão difíceis para toda a gente...

P: É alguma sobrecarga, no vosso orçamento?

FA: Um bocadinho.

P: De qualquer das maneiras, esse apoio que lhe dá, económico e psicológico nas visitas, entende isso como... sente-se bem com esse apoio que lhe dá? É... dá-lhe prazer, fazer isso, ou alguma revolta porque o Estado não apoia o suficiente? Como é que se sente psicologicamente com o apoio que tem que lhe dar ...?

FA: Todos nós descontamos, era para termos mais regalias mas infelizmente não é assim! E eu tinha mesmo necessidade de lá a pôr. Se lá não a pusesse, como é que eu ia trabalhar? Não podia.

P: Não conseguia trabalhar, nem gerir a sua vida?

FA: Pois, o problema é esse. Mas custar, custa. Porque é ... pronto, os meses passam a fugir e porque a gente não tem só essas coisas para pagar, tem outras...

P: Em relação à dependência, já vimos como é que surgiu, tem sido assim ... (a entrevista foi interrompida por uma chamada telefónica), os médicos portanto acham que, já lhe disseram, (...) a situação que não tem melhoras, é uma coisa progressiva, que se vai agravando com o tempo?

FA: Vai, vai. Mesmo eu vejo, desde quando ela para lá entrou, no dia 2 de Fevereiro, vejo, pronto, que...

P: A evolução, vê que ela vai estando cada vez mais dependente?

FA: Noto. Noto no corpo, que antes ela estava mais direitinha e agora, se a gente não lhe põe uma almofadinha, está sempre a tombar e noto no falar, na dificuldade em se exprimir, assim a querer conversar qualquer coisa com a gente, noto mais atrapalhada.

P: Foi a Sr.<sup>a</sup> só que tomou a decisão de a pôr lá? É filha única, portanto não teve ... Foi a Sr.<sup>a</sup> que procurou também porque (...) não tinha mais família para a ajudar. A entrada, ainda esteve algum tempo à espera de haver vaga, ou quando ficou a situação assim, conseguiu logo (...)?

FA: Sim, foi. Havendo vaga, ela ia para o outro. Só que o outro tem uma grande lista de espera para as pessoas que querem entrar. Se ela estivesse na minha casa, mas se estivesse melhor, se não se tivesse agravado, eu podia ter esperado e depois entrava no outro, não é como as outras pessoas, estão lá no Centro de Dia para não estarem sozinhas e andarem acompanhadas preferem estar ali a estar na casinha delas. Mas é que a minha mãe, com a doença a agravar, hoje, se ela estivesse aqui na minha casa, eu não podia com ela. Lá, está com duas meninas a tirarem-na ou a porem-na na cadeira de rodas e elas têm muita dificuldade em tratar dela... Como é que eu podia tratar dela? Também não sou assim ... (queria dizer forte).

P: E de qualquer das maneiras, também tinha que ir embora, não tinha quem ficasse com ela cá (em casa)?

FA: Como eu trabalho nas feiras, aos domingos era (localidade), deixava-a levantada às cinco e meia da manhã, até que a minha filha se levantasse ao meio dia, ou à uma, para ir com ela à casa de banho, porque ela ficava aqui sozinha uma manhã inteira, também não era bom para ela assim...

P: Também não havia condições para ela estar aqui ... O Lar é aqui perto, (...) vão a pé, em relação às visitas, eles têm o horário livre, vai visitá-la sempre que queira?

FA: Sim, vamos. À hora do almoço e à hora do jantar é que eles não... não é que ponham ninguém na rua, mas, pronto. Podem ir a toda a hora que a DR.<sup>a</sup> não se importa.

P: (...) em relação ao impacto que teve... tinha algumas actividades de lazer, de bem-estar, de ocupação de tempos livres, que tivessem sido penalizadas pelo facto de ter a sua mãe consigo enquanto teve e agora com o tempo, que vai até lá, ou ...?

FA: Não, não (...) não foi por aí. Foi mais pelo facto de eu não conseguir tratar já da minha mãe, não é por aí. Não conseguia, pronto, tinham já que ser as minhas filhas a ajudarem-me e às vezes o meu marido não estava e eu não conseguia, não podia com ela.

P: Em relação à Instituição, o que é que acha da Instituição em relação às condições, o trabalho prestado, ao pessoal (...)

FA: Acho que têm todas as condições boas para o tempo que ali estarem, estarem bem. Isto é como tudo, mas acho que elas estão ali bem tratadas.

P: (...) Elas fazem actividades com os idosos, para distracção, lazer, passeios?

FA: Fazem, sim (...). A minha mãe não vai nunca mas os que podem andar vão (...)

P: Como é que a Sr.<sup>a</sup> encara o processo de envelhecimento. O que é que para si a preocupa, ou qual é para si a sua opinião sobre o



envelhecimento, pessoal e a nível geral, da população, que cada vez há mais gente idosa? O olhar a sua mãe agora dependente fez alterar a sua maneira de ver o envelhecimento, preocupa-a mais?

FA: Ninguém quer mas é, acho que é um bocadinho de todos. Mas que é um bocadinho triste, a situação, é ...

P: Preocupa-a?

FA: Sim. (...) Como tenho lá a minha mãe, é um espelho p'ra gente, não é? (...) Eu estou ali a ver a minha mãe, quem é que me havia de dizer a mim? Eu já espero ... já sou mais, tenho uma mentalidade diferente da minha mãe, não é? Saber que é para ali que a gente vai... mas a minha mãe nunca pensou que fosse para ali, como outras pessoas com a idade da minha mãe também não pensavam ...

P: Eles achavam que ficavam com os filhos?

FA: É. Como a minha mãe tratou da mãe dela e do pai dela, a minha mãe custou-lhe muito ir para o Lar. Mas a gente, não sei se é de sermos mais novos e já estarmos a ver, a pensar que é assim, não sei, (...) quando chegar a altura se calhar não, mas ...

P: Para si, acha que vai ser essa a solução? Quando não puder, quando já estiver dependente, terá que ir para uma Instituição?

FA: Sim, acho que sim.

P: O apoio familiar não funciona, já não há hipótese?

FA: Não. Com a vida que a gente leva, com stress, com tanto stress e ... não sei Dr.<sup>a</sup>, olhe, não sei... (...)

P: Porque antigamente as pessoas estavam mais em casa, agora toda a gente trabalha

FA: Sim é uma responsabilidade...

P: Mas a verdade é que, (...) com o aumento da esperança média de vida, as pessoas vivem muito mais tempo e quando chegar essa fase da dependência, os nossos filhos já estarão aposentados também, não é?

FA: Sim, mas se calhar também há outros lares que são ... Há lares e lares, não é? Porque há uns que são mais... a gente vê às vezes aí na televisão, são diferentes, são mais animados, há pessoas para animar...

P: ... que têm actividades de lazer e bem-estar? Portanto, não vê o Lar como o depósito dos velhos mas como uma Instituição que possa dar algum bem-estar e alegria à velhice?

FA: Não, sei, talvez, não sei se é também do meio...

P: Este é bom?

FA: Este é bom, é muito bom, tem todas as condições só que, quem além está, como a minha mãe, nem dá valor ao bom que está ali naquele e que nem todas as pessoas estão como a minha mãe está.

P: Porque sente-se revoltada, não queria ir, ela não aceitou bem a ida?

FA: Não. Ela não aceitou nada bem

P: Os idosos às vezes se calhar são um bocadinho egoístas, nesse aspecto?

FA: hum... a minha mãe não aceitou nada bem.

P: Penso que a nossa geração se calhar já vai ver isso de outra maneira?

FA: Por muito que eu dissesse "mãe, eu não consigo tratar de você, eu não posso com você", mas pronto, eu acho que elas não ... não ~~aceitam~~

P: E acha que o governo tem capacidade, o estado vai ter capacidade para dar apoio a esta gente idosa, toda, que por aí está?

FA: Não sei, isso é que eu não sei... não sei não. Não sei explicar, o dinheiro não ...

P: Mas preocupa-a, um bocadinho, como é que será no seu tempo?

FA: Sim, preocupa pois, preocupa.

FIM DA ENTREVISTA

152

### FAMÍLIA LAR 3 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:** A entrevista foi efectuada no terraço da casa, lugar aprazível e com uma vista magnífica pelos montes alentejanos

A filha, ex-cuidadora, prontificou-se a atender-nos em casa, mas o terraço era tão agradável que optámos por ficar ali mesmo. Foi captada a linguagem da interlocutora, na sua forma genuína de "falar o alentejano" pelo que as palavras aparentemente incorrectas são na realidade a transcrição pura do seu modo de falar

P: A sua mãe vivia consigo nesta casa?

FA: Não. A minha mãe vivia noutra casa, na casa dela. O meu pai faleceu há cerca de ... 11 anos, a minha mãe, passou um AVC por ela há cinco. Depois nós, somos 6 irmãos, pusém'sa num lar na (localidade) veja lá, em (localidade perto das irmãs mas longe desta filha) pronto porque as minhas irmãs tavam todas empregadas. Só eu é que tava reformada e é nã podia, os médico não queriam assumir isso, qu'ê ficasse c'a minha mãe, não podia mesmo.

P: Porque ela ficou muito afectada?

FA: Muito afectada, 'pois tive uma boa médica da Segurança Social, tava lá em (localidade) a qual a minha mãe nã tinha aquase reforma nenhuma mas tive um bom apoio p'ra minha mãe, metême'sa nesse lar, onde pagávamos à volta de 200 contos, tá a pereberi? Depois, dali ...

P: Mas apoiados pela Segurança Social?

FA: Não! Nada! Nada, nada, nada.

P: Era tudo à vossa conta?

FA: Era tudo ... a mensalidade da minha mãe, portanto chamo-lhe 200 contos, ou sejam?

P: Mil euros?

FA: Mil euros. E depois tínhamos as fraldas, tínhamos a medicação e tínhamos tudo...

P: As consultas, tudo.

FA: Tudo. Cada filho da minha mãe chegámos a pagar aos 150€, 6 filhos, veja bem.

P: Mas ela ficou acamada?

FA: Ficou acamada um tempo mas depois a minha mãe começou a recuperar...

P: Fez fisioterapia? Melhorou?

FA: Sim senhora. A minha mãe começou a melhorar. Depois, eu... a minha mãe começou a melhorar, aí, ela tava lá muito longe e quem tinha mais possibilidades d'a ir ver era eu e uma irmã q'eu tenho aqui, foi até hoje ver a minha mãe e a 'nha sogra, e então depois passei-a para (localidade). A minha mãe teve ainda um tempinho aqui em (localidade).

P: Já era mais perto para as deslocações?

FA: Exactamente. Porque sabe, há as portagens, mesmo entrando aqui em (localidade próxima) até ao (localidade) eu, pagávamos seis euros e tal, uma coisa assim... e então depois eu disse à 'nhas irmãs que não fazia cois e... trouxe-a p'ra (localidade próxima), ou seja p'ró lar (nome do lar). Aí pagava cerca de... quê? 800 e tal euros, nós pagávamos, vai, mas sempre inscrita a minha mãe aqui, porque a minha mãe já comia aqui, já tava no domicílio do... mas só em termos de alimentação.

P: Da Santa Casa da Misericórdia daqui?

FA: Daqui de (localidade) exactamente. Eu ia lá cada vez q' havia alguma coisa, q'eu sabia que morria alguém... ia lá ter com a Doutora "Doutora a minha mãe precisa tanto, a minha mãe precisa tanto... Ai Fátima mas é nã posso, nã posso, nã posso"... pronto. Só que ... ap'raceu esta ocasião, q'eu nunca deixei de ... ir insistindo. A Doutora chamam-me lá e disse q'a 'nha mãe ia pagar 800€ qu'era o lar antes do (Sócrates), portanto, vir cá inaugurar a outra parte, foi sempre a mensalidade para 800€. É dig' assim, oh pronto, pr'ós mês irmãos tava sempre tudo bem, mas veja q'ê sou um filho único p'ra 'nha sogra também, qu'a 'nha sogra também lá tá! 'Pois a 'nha sogra começou a ficar com Alzheimer. A minha sogra também... nem lá a inscrevi, tive logo entrada, a minha sogra lá. Eu, sendo só ele o único filho pronto, mas olhe tinha uns tostõezinhos lá tá as duas e ... a vida tá ...

P: Mas entretanto ela entrou com esse valor de 800€ ou ...?

FA: Não, não, entrou por 500.

P: Porque foi a outra parte inaugurada, tiveram mais vagas e aí...?

FA: Sim senhora. A minha mãe só entrou quando foi inaugurado o novo. E a minha sogra também ... as duas ...

P: Portanto a sua mãe está a pagar em função da pensão que tem?

FA: Não, não, não, não, não.

P: Vocês ajudam?

FA: Ajudamos. Naquele lar qu'agora abriu, tá a perceber? Novo. Não há ainda distinção p'ra nada. O outro é que é referente às pensões, **153** perceber? mas este não. Este são 500€ todos os meses.

P: Que mesmo assim é menos que os outros?

FA: Oiça, ah se é, ah se é, não tem comparação, não tem não.

P: E tem boas condições, é novo?

FA: Xi, tudo, tudo, tudo. Ali pa mim só tem um defeito, é digo à senhora, é acho poucas pessoas a trabalhar e as pessoas muito dependentes, mai nada!

P: Vê poucos funcionários para os utentes que têm?

FA: Sim senhor. Na acho mai nada, nada, nada. É vou lá dois, três vezes por semana, agarro no carro, vou, hoje não fui (...) mas foi lá a minha irmã, vê logo as duas, a minha sogra e a minha mãe, tá a compreenderi? Mas, agora em termos de higiene, de alimentação, de tudo, do melhor. Não é os 500€ que pagam muitas vezes as coisas que ali se vê. Só o defeito q'acho é q'a partir desta hora principalmente elas têm que os ir acamar porque na, nã conseguem de forma nenhuma, nenhuma, tá a perceberi?

P: Pois, é hora das refeições, do deitar ...

FA: São duas funcionárias, são trinta e tal pessoas. Mas é nunca fiz queixa à Doutora, nunca, nunca, nunca (...) mas digo-lhe sinceramente, aquilo é um lar de cinco... de todos os lares q'a minha mãe tem tado (...) nã vi uma coisa como esta, tá bem que também foi feita de raiz e novo ...

P: Mas a sua mãe, apesar de ter melhorado, nunca ficou em condições de voltar para casa?

FA: Não, não, não, não.

P: Ela, mas está acamada, está de cadeira de rodas?

FA: Tá de cadeira de rodas.

P: Está de cadeira de rodas portanto ficou muito afectada?

FA: É, é ... a minha sogra é que tinha, pronto, possibilidades de ficar em casa, pronto, dantes podia tar em casa.

P: Mas, se tem Alzheimer também não consegue?

FA: Exactamente. Já viu o que é ter uma pessoa que tivesse que ficar um dia inteirinho ou ter que meter alguém para estar aqui juntinho dela? De toda a maneira ficava-me ...

P: Só se fosse uma pessoa para tratar das duas, e mesmo assim era difícil arranjar?

FA: Ah pois. Não. É muito difícil, é muito difícil. A minha mãe tem uma casinha ali em (localidade) onde eu falei, falámos sempre os meus irmãos, que estamos dispostos a dar cento e tal contos, quinhentos e tal euros, a uma pessoa que ajudasse a minha mãe em termos de ... da noite, mesmo que fosse em vindo o domicílio, mesmo vindo o domicílio, tá a perceber? Mas que tomasse conta dela. Não houve ninguém, não houve ninguém, ninguém, ninguém. A minha mãe já tá há cinco anos, faz 6 p'ó mês que vem que tá no lar, que anda p'os laris ...

P: Sim, que já esteve em vários, não é? Mas se Deus quiser agora neste fica de vez?

FA: Ah sim. Neste fica até o resto da vida dela, pois (...) já viu o que é, da nossa casa aqui a 7 km temos o lari? Olhe qu'eu muitas vezes faço aqui uma refeição qu'ela gosta, as duas, tá a perceber, quê não faço, qu'ê não posso fazer mais a uma qu'à outra, tá a perceberi? Uma é sogra foi sempre boa sogra pr'a mim e a outra é mãe que me pariu, vamos lá, assim ...

P: O que faz para uma faz para a outra?

FA: Não, não. A minha sogra foi sempre uma boa ... a nha sogra morava ali (casa perto, à vista) (...) era uma mulheri que tudo q'anto ela tinha era p'as nhas filhas, qu'ê tinha duas filhas já casadas. Ela era uma mulher, uma belíssima sogra p'ra mim, portanto ... não tenho nada, nada, nada ... fazer mais d'uma do que d'outra? Estão as duas no mesmo quarto, tem duas camas, tão as duas juntas.,

P: A sua mãe, estando bem de cabeça, ainda se calhar ajuda a outra, pelo menos ver se ela é bem cuidada, o que é que ela precisa e tudo...

FA: Exactamente, é, eu vou lá, a minha irmã hoje foi lá, não foi a minha mãe que disse nada. A minha mãe é assim, elas perguntam "Ti (nome) tá meliori?" (faz o gesto de encolher os ombros), só assim, e a minha sogra não, ah, no domingo fez anos, mandei fazer ali um bolo grande, levei-o, não sabe? Oh. Não sabe não! Sabe tudo!

P: Então a senhora é reformada?

FA: Sou sim. Infelizmente. Por problemas, tive um tumor aqui (aponta o nariz), por problemas ...

P: No nariz nota-se a cicatriz. Mas pronto, foi tirado em boa hora.

FA: Sim. Fiz tratamentos, fiz tratamentos, e atão, graças a Deus, nunca mais tive nada (...) trabalhava numa peixaria aqui (Rio de Moínhos) qu'era d'um sobrinho meu ... que vive em (localidade) e então ... tive de deixar ...

A entrevista é interrompida por um vizinho que chegou, perguntou pelo marido e foi embora.

FA: ... mas foi tirado a horas, inda dou graças a Deus. Isto foi assim, eu, o Doutor (nome) que mo tirou em (localidade) e depois foi a analisar em (Coimbra) e deu que era um tumor, telefonou-me para casa e ... tinha um trabalho tão bom onde eu contactava c'as pessoas, foi tão difícil é ficar em casa, antes da minha mãe, do AVC ... tanto que a minha mãe está sempre revolta é comigo, tá a perceber?

P: Porquê? Porque achava que ficava com ela?

FA: Exactamente. Porque a minha mãe pensava... é bato-lhe assim (faz o gesto de dar uma palmadinha na perna). Mãe? "Má, má, má!" responde ela

P: Má? Queria ter ficado consigo?

FA: E a'pois é digo-lhe "Mãe, já viste o que é que me fazias? Há tantos anos que tás aqui", e pronto, ela tem certas alturas em que tá ... aborrecida como tudo, mas é finjo que na ouço ... não conhece, não, não conhece...

P: Não reconhece?

FA: Não, não. A minha sogra, nisso foi mesmo de vontade dela, ela mesmo, mesmo, mesmo. Ela é que pediu!

P: Pois ...

FA: Porque s'a 'nha mãe lá tava melhor havia de tar ela porque ela ... ela não era minha mãe, e a minha mãe tava lá, e ela tamê ia p'ra lá, foi de vontade dela. Uma caixa e ela aí foi ...

P: E o seu marido, também é reformado já?

FA: Não, não, não. Graças a Deus não. É o que vale (ri-se).

P: Que idade é que tem?

FA: O meu marido tem 57 anos.

P: E a senhora?

FA: 56.

P: Ainda são novos, não é? E então, agora está reformada, como é que ocupa o seu tempo? A jardinar? (a casa tem a toda a largura um terraço com imensas flores)

FA: Oh, jardinar... então e coisas qu'ê faço? Rendas, tudo!

P: Trabalhos manuais, é?

FA: Faço muitas coisas. Nunca tô queta. Nada.

P: Tem sempre com que se ocupar ... (levantou-se e foi buscar trabalhos em renda que anda a fazer, para me mostrar)

FA: Quando fui a (localidade) para ser reformada, foi o dia mais triste da minha vida. Quando vim de lá, é ainda pensava que os médicos me diziam que eu podia ir trabalhar e podia isto e podia aquilo ...ora mas é levava uma carta da oncologia (...) fiz os tratamentos, fique sem cabelo, fiquei sem tudo não é? mas fui sempre uma pessoa com muita força de vontade. E n'ê só isso ... fui operada também aqui a outro quisto quisto tamê, não é também de origem nada boa (mostra a perna com cicatriz lateral na zona do joelho direito), tá a perceberi?

P: Pois, tem esses problemas todos.

FA: Operada a estes dois pulsos aqui (levanta as mãos e mostra as cicatrizes nos dois pulsos), que tinha dores horríveis, mas eles dizem sempre que era da ... já fiz 8 operações, 8.

P: Tem a sua conta também... Mas e ... além disso, tem aqui vizinhos, amigos e ...?

FA: Tenho, tenho, tenho oh, oh ...

P: E a sua mãe era uma pessoa muito activa também? Falava muito com os vizinhos, não era caseira ...?

FA: Não, não, nada. A minha mãe não tinha nada a ver comigo. Nada, nada, nada. Olhe, antigamente (...) diziam muitas vezes "Mas donde é que esta miúda veio?", era eu ... "Essa miúda não é filha da Ti (nome)", da minha mãe, da Ti (nome), devia ser ... e mas é dizia "Nã, qu'a minha mãe foi sempre muito boa pessoa", dizia-lh'eu, "A minha mãe nunca fazia jeitos a ninguém", dizia-lhe eu às vezes a elas. E então, pronto, era o jeito da gente. A minha mãe era muito calada e é não (...) gosto muito de comunicar c'as pessoas, ah, ... aparece aí as excursões dos reformados, aí vai ela, e tenho um excelente marido, duas filhas bem casadas tamê, 4 netinhos, tenho uma vida belíssima, graças a Deus. Só a preocupação qu'ê digo que sinceramente me existe hoje é ... as duas velhinhas. Não tenho outra tristeza.

P: Mas encara isso como uma responsabilidade familiar?

FA: Exactamente. Não, não tou ... quando me lembro que vou chegar lá, não tou bem disposta, nada, porque é ainda tive aqui a nha mãe mais

de 2 meses em casa, na minha casa.

P: Já depois dela ter ficado assim?

FA: ... e até o meu marido, eu tenho duas casas de banho ali em casa (...) uma casa de banho com uma banheira, e a outra, o meu marido enquanto eu não fiz a outra também tinha banheira à mesma, eu dizia-lhe "Marido, põe-me um polibã pra eu dar banho à minha mãe, pra eu sentar a minha mãe", e era assim, pois eu tinha uma cadeirinha, sentava-a ali e pronto (...) dava-lhe banho, é isso ... 'pois, a minha sogra também caiu e eu ... então mas agora também não pode ser, tem de ser mesmo ...

P: Não consegue tomar conta das duas e portanto, para não tomar conta duma e da outra não ...

FA: Não. Também não. Eu às vezes digo muitas vezes, e mesmo às minhas irmãs, as minhas irmãs, "Ah, se calhar a tua sogra tu até tomavas conta", e até podia tomar. A minha sogra tivesse uma velhice sem ser aquela doença que ela tem, até tomava, ninguém tinha nada a ver com isso, porquê a minha sogra, há "Vocês têm que ver qu'ê só o meu marido, quem diz qu'a minha sogra teria qu'ir pra lugar pra onde foi a nossa mãe?" Ora, a pagarmos 150€ eu ganho trezentos e tal de reforma, como é qu'eu poderia vencer? Tá bem qu'eu tenho um homem que ganha bom dinheiro, não é? Se o meu marido não ganhasse um bom dinheiro, então morria de fome. Não era assim? Pois.

P: Claro.

FA: E dizia-lhe muitas vezes, depois ficavam-se. Se a minha sogra tivesse a velhice como eu vejo aí certas velhinhas, que aí andam bem, ah, Deus me livre.

P: Não a punha lá?

FA: Ah não punha não! Não punha não! Eu não qu'ria saber dos meus irmãos. Os meus irmãos, a gente somos 6, a contribuirmos. E ali não, é só o meu marido filho único. Tinha uma irmã, mas morreu com um cancro tinha 32 anos ... pois (fica com ar triste).

P: Em relação à situação de dependência de sua mãe (...), não vai melhorar mais?

FA: Ah pois não, pois não, não vai não.

P: Quando decidiu que ela tinha que ir para o lar, foi uma decisão compartilhada pela família? Foi a Senhora, foram os seus irmãos que decidiram?

FA: Eles, os meus irmãos, tudo. (enumera as dificuldades dos irmãos em poder tomar conta da mãe na casa deles). Não, era eu qu'ia fazer mal aos meus irmãos, não sei se tá a ver, não é? Só eu poderia suportar o meu mês, portanto, somos 6 já sabe, são 2 meses pra cada um. Seria eu a única que poderia dar apoio à minha mãe e aí, ia dar cabo da vida dos meus irmãos? Nunca, por nunca! Não, não era eu que fazia isso. Eu podia propor e dizer assim "vocês põem a mãe no lar quando for o seu mês. Mas qu'ondo for o meu mês vem cá para a minha casa". Não.

P: Mas isso também não era bom para ela?

FA: Não, nada, nada, não. As minhas irmãs, olhe foi aqui nesta mesa, todos, ela estava aqui na minha casa, e foi aqui que nós falámos todos uns com os outros.

P: E chegaram à conclusão que era a melhor solução?

FA: E os meus irmãos disseram "Vê lá... pronto, a mãe tem que ir para um lar, tu não consegues, e não sei qu'ê, não sei que mais, e a 155 ...pronto, vai." E eles arranjaram lá mais fácil. Sabe que lá, aquilo na (localidade), aquilo é tudo em cima uns dos outros, lá escolheram o lar pra minha mãe, teve lá uns 3 anos ou 4.

P: E depois veio para o outro em (Évora), e agora para aqui ...

FA: Foi, chegou pertinho ... aqui. Agora, mesmo assim tá a ver, a minha mãe não tando ela bem lúcida, mas vê que tá pertinho do sítio dela. Hoje perguntou à minha irmã "Atão? porqu'ê qu'a nossa (nome) não veio? Porqu'ê qu'ela não veio?"

P: Porque ela sabe que está perto?

FA: ... que está perto pois eu vê as pessoas, conhece, tem aqueles bocadinhos e 'pois sabe que tá c'a comadre. 'Tando ela c'a comadre que tá perto e pronto...

P: Sente-se melhor assim?

FA: Sente, sente.

P: Depois a senhora para lá, vai de transporte próprio, é pertinho, leva qu'ê ...10 minutos?

FA: 10 minutos. Vou com o carro. Daqui lá é 10 minutos, é, é.

P: E vai quando quer, não tem horário?

FA: Sim. Tenho além um (marca do carro) ali dentro (aponta para a garagem) (...) é n'um instante.

P: Portanto o facto de ela estar lá não prejudica o resto do relacionamento da família porque vai gerindo a sua vida?

FA: Graças a Deus! Todos estivemos de acordo, os irmãos, tudo e ...

P: Sabe que ela está bem tratada e isso também a deixa mais descansada, Em relação às condições do lar também já falámos, a única coisa é a falta de pessoal, ... eles tem lá, fazem actividades lúdicas para os idosos, fazem festinhas, fazem essas coisas?

FA: Tudo, tudo tudo, tudo, tudo tudo...

P: E a sua mãe ainda participa nalguma coisa

FA: A minha mãe só participa é nas festinhas que são dentro do lar. Q'ando for para fora já não vai. Por exemplo foram a (indica localidades fora, aonde fizeram excursões do lar), pronto a essas coisas a minha mãe já não vai. Vai a minha sogra, a minha mãe não.

P: Como é que a Sr.<sup>a</sup> vê o problema do envelhecimento, o seu e o geral? O facto de ter tido a sua mãe e a sua sogra assim dependentes fê-la pensar mais no assunto?

FA: Sim, fez pensar e digo-lhe assim muitas vezes, olhe o ano passado fui à Madeira, este ano vou aos Açores, eu passo 15 dias na praia, tá a compreender? Antigamente eu tinha uma ambição muito grande, portanto, tanto faz eu como o meu marido, em trabalharmos, eu p'as filhas, eu p'os netos e é isto e é aquilo...Dou! E faço, (...) Hoje, como não sou capaz de muitas vezes já ter força para fazer, eu de pensar na velhice de amanhã, tá a compreender?, já não...

P: Cuida-se mais? Já se preocupa que se trabalha muito pode ficar mal e portanto tem que proteger a sua saúde também mais?

FA: Exactamente. Sim e digo ali ao meu marido "marido, (...) poupa-te, poupa-te" porque nós hoje, hoje o que levamos este mundo é o que

podemos gosari e o que podemos ver, o que comemos e bebemos, mais nada, não é as grandezas da nossa casa, nem as grandezas disto nem daquilo que nos faz feliz! O que nos faz feliz é a gente vivermos a vida de outra forma, em que em que não viveu a 'nha mãe, não viveu o mê paizinho, não viveu a 'nha sogra, que a minha sogra está sempre com o sentido no dinheiro, a 'nha mãe é a mesma coisa, pronto vejo que isso não é o ideal para mim agora.

P: Portanto é passar a vida o melhor possível porque não se sabe o futuro?

FA: Exactamente (...) dar-se bem, tou sempre a dizer às 'nhas filhas, gosto das pessoas se darem bem umas c'as outras. Porque às vezes a gente vê mortes qu'as pessoas morrem num instante, não é? Não se valor à vida, não se dá valor a nada, não.

P: mas preocupa-a ficar idosa, ficar velha? O que é que será de si nessa altura?

FA: E digo muitas vezes já, sabe o qu'ê digo muitas vezes às 'nhas filhas já? (...) Quando a mãe lá chegar, pode ser que a mãe lá não chegue, mas s'a mãe e o pai lá chegar, arranjem logo um cantinho para a mãe e para o pai...

P: Quer ir para o lar também?

FA: Sim senhor.

P: Mas isso será porque vê aquele que tem boas condições ou é mesmo porque?

FA: Não, não porque eu sou uma pessoa que compreendo...

P: E não quer prejudicar os filhos?

FA: Isso mesmo! É isso mesmo!

P: A vida é complicada também para eles

FA: Eu tenho duas filhas como lhe estou a dizeri, a minha filha só cuida dos filhos (...), tenho a outra que trabalha, já deixou os filhos com quatro meses para ir trabalhar para o empregozinho dela (...) elas não podem deixar de fazer a vida delas p'ra tomar conta de mim e do pai... pois é isso qu'ê digo muitas vezes. Portanto, estou preparada para aquilo que (...) Por exemplo aqui a minha sogra (...) que ela era uma mulher que percebia as coisas (...), é dizia "Maria, t'as aí sozinha" e ela não queria vir dali aqui a vir dormir com a gente!

P: Queria estar na casa dela?

FA: E eu disse, "não, a partir de hoje eu não estou descansada, tas na tua casa e eu não estou bem na minha! Tu, dá-te uma coisa além de noite, ficas além, tu muitas vezes levantas-te, caís... e ficas além caída uma noite inteirinha!" "Ah, eu telefono-te" e isto é aquilo. "Não, assim não pode ser". Pronto a mulher começou a pensar e ... "e olha, deixa. Sabes o que eu tou a pensar? Tou a pensar em ir para o Lar. Dá lá o nome da tua mãe e o meu também" O filho custou muito, chorou muito, magoou-se porque não queria a mãe no lar, qu'era filho único e que era uma vergonha, mas pronto, viu que eu não podia. Ela queria mesmo ir, "não filho, não quero ficar aqui a dar fezes à tua mulher!". E é o qu'ê digo às 'nhas filhas, é a m'a coisa "não, não, a mãe vai logo, se um dia precisar"... não que eu digo muitas vezes que não chego lá, mas se chegar...

P: Acha que o nosso país, o nosso governo, vai ter condições para suportar estes idosos todos?

FA: Não, acho que não. (...) Eu acho que daqui por mais uns anos... não digo na minha altura mas daqui por mais uns anos, os idosos será como antigamente; os idosos morriam em casa c'os filhos, tá a perceber? E de uma sardinha partiam-se em duas... acho que sim.

156

P: Mas eles duram tanto que alguns filhos morrem primeiro...

FA: Então... a minha mãe, morreu um filho, a minha sogra morreu uma filha ...

P: E há poucos filhos, e há muitos casais que nem têm filhos e muitos idosos sem família para os apoiar ...

FA: Sim senhor. Olhe, tinha uma tiazinha ali em baixo (perto da casa), com 89 anos, morreu há cinco meses, que eu todos os domingos vou à Igreja e pedia a Deus que Nosso Senhor se lembrasse dela e não da minha sogra. Eu cheguei ali em baixo (...) sem ter filho, nem ter filha. Sozinha, sem ter ninguém, tinha as irmãs já velhinhas, a minha sogra (...) eu se fazia um comerzinho ia-lhe a levar (...) mas Nosso Senhor parece que me fez a vontade. Um dia cheguei além e ela caída no chão... levei-a p'a (localidade), daí a 12 dias morreu. Não tinha ninguém, ninguém...

P: E como ela há muitas...

FA: Olhe, atão a gente vai ao lar (...) mas agora têm morrido muitas pessoas, ante as pessoas viviam anos e anos (...) neste lar novo, (...) desde Fevereiro já morreram umas 7 pessoas, veja lá.

P: As pessoas também são muito idosas...

FA: Pois são ... mas digo mesmo de verdade. O governo não suporta porque isto olhe, é as greves que vimos agora (greve dos camionistas, que quase paralisaram o país) (...) porque o governo não sei, porque há mais pessoas a dar-se do que a descontar porque as famílias... fabricas que fecham ... (...) Eu penso muitas vezes nisso.

P: Prevê-se um futuro um bocadinho escuro?

FA: É (...) Olhe eu digo muitas vezes aos meus netos, têm tudo, (...) porque eu sempre vivi sem problemas graças a Deus, casei há 41 anos (...) a vida equilibrou-se (...) eu digo muitas vezes à minha neta, que tem 15 anos e já sabe "filha, não sei se terás o futuro da tua mãe!"

P: Não se sabe (...)

FA: Não sei minha Senhora, não sei o que será...

FIM DA ENTREVISTA



## FAMÍLIA LAR4 - TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA

**OBS:**A entrevista decorreu na casa da irmã, ex-cuidadora, que sempre residiu com o idoso dependente, solteiro, na casa que era dos pais. O acolhimento foi simpático, disponível, sem qualquer objecção. A transcrição é feita integralmente, sendo verificável a “fala” alentejana nalgumas palavras e frases, que se apresentam assim, aparentemente incorrectas morfologicamente, mas que são apenas a transcrição pura da linguagem da entrevistada

P: É o seu irmão que está internado, era a Sr.<sup>a</sup> que lhe dava apoio, ele estava na sua casa?

FA: Ele é solteiro, eu sou viúva.

P: Portanto vivia sozinha também. Tem filhos por aqui, vive sozinha?

FA: Não. Tenho um filho, tem 53 anos, vive em (localidade próxima). E então o meu irmão viveu sempre comigo, portanto, os outros casaram-se, foram-se embora e eu fiquei aqui, que ele estava já aqui na casa e ele ficou comigo.

P: A casa era dos vossos pais?

FA: Dos mês pais. E de maneira que depois... ele andava a trabalhar nas pedreiras, eu tinha outra irmã que morreu com 85 anos, também solteira, estávamos aqui a viver os três. Depois ele adoeceu com esta doença...

P: Qual é a doença que ele tem?

FA: É Alzheimer, ele tem Alzheimer. A princípio, quando ele adoeceu, ele trabalhou até à hora de ser reformado, que ele trabalhava na pedreira, numa britadeira e então, ele tinha metido os papéis para a reforma, não sei se quer saber assim tudo?

P: Sim, pode falar da doença...

FA: ... da doença... e de maneiras que ele meteu os papéis para a reforma e andava a trabalhar. Ele andava com os meus irmãos, a beber os seus copinhos no fim-de-semana e num domingo, estavam numa esplanada e ele caiu p'ó lado (...), os meus irmãos queriam-no levar para (localidade próxima), para o hospital, ele disse “não, não, é já tou bem, é já tou bem” e os irmãos disseram “olha se foi por o vinho, não, que ainda só bebeste um copo”, só tinha bebido um copinho! E atão (...) ele no outro dia, nós não queríamos, eu e a minha irmã não queríamos que ele fosse trabalhar, queríamos que ele fosse ô médico, como tinha acontecido aquilo... e ele disse que não, qu'ia a trabalhar, qu'ia a trabalhar. Foi para o trabalho, c'ondo foi a horas de almoço, veio-se embora. Nós fomos logo ao nosso médico de família, ele nem médico tinha, até à altura ele não era doente.

P: E tinha que idade, nessa altura?

FA: Foi quando foi reformado, tinha 65 anos. De maneiras que, marcámos logo uma consulta, para a pagar, pois, pedimos ao nosso médico e contámos a passagem. Bem, daí em diante, começou a fazer exames, exames, exames, analisis, ... foi ao especialista do ouvido, que ele já era um bocadinho surdo (...), foi ... por causa da “prósta” ao Dr. (nome do médico), quer dizer (...) Foi a vários médicos para ver o que se passava com ele. De maneiras que fez o taco (TAC) ali em (localidade), eu andei com ele ali... ah..., pronto e ele sempre a piorar, sempre a piorar, até que...

P: Mas a piorar em que sentido? FA: Era assim, olhe, começou...

P: Isso foi de repente? Até ele ter o desmaio não deram por nada?

FA: Nada, nada, nada. Tanto que ele ainda andou com baixa 15 dias e depois quando recebeu assim a carta, que já estava reformado, pronto, acabou a baixa mas pronto, nunca mais trabalhou desde esse dia, até ao meio-dia que trabalhou nunca mais, não conseguiu trabalhar mais. Sentia-se com dores de cabeça, não sabia o que tinha, depois começou a perder-se, começa-se a perder, ia lá para baixo (para o centro da vila), já não sabia vir cá para cima, não sabia que horas eram, trazia o relógio nã sabia que horas eram, não sabia contar o dinheiro.

P: Portanto, de um momento para o outro?

FA: Começou assim, quase de um momento para o outro, começou assim! Depois começou, portanto, a minha irmã faleceu, ele não... a gente levava-o lá a vê-la, porque ela esteve 15 dias em (localidade/hospital), a gente levava-o mas ele começava aos gritos, começamos a não o podermos levar à visita, ficava cá com outro dos mês irmãos aqui em casa, outras vezes na casa deles, porque ele via-a ali na cama e a cabeça dele... e eu dizia ao médico... depois começou a nã fazer a barba, a nã se lavar e eu dizia “ai Sr. Dr. o mê irmão nã se lava!”. Eu dizia-lhe “lava-te, tu nã te lavastis, olha já como está o colarinho da camisa ...” e ele dizia “lavei, lavê!” ... mas nã se lavava...

P: Mas não se lembrava do que tinha feito, nem do que era preciso fazer? Esquecia-se completamente?

FA: Sim, a cabeça foi-se logo, depois com a pressão... quando eu me levantava ele ainda estava deitado, fazia muitas asneiras no quarto, fazia o xixi, fazia as necessidades, limpava às paredes, pronto, passei por isto tudo (emociona-se)

FA: foi uma situação muito complicada para si?

FA: E atão, o Sr. Dr. dizia: “tem que ter forças, tem que ter coragem, ele é a doença de Alzheimer, isto dá esses sintomas...”

P: Portanto, com a TAC e com os exames, o médico chegou logo a essa conclusão?

FA: Chegou porque, do que ele tinha. Depois vai e disse-me, vai, fez-me uma carta para um especialista que vinha cá à nossa clínica e (...) O Sr. Dr. Dizia-me “Dê banho ô sê irmão, nã tenha esses complexos!” Mas eu tinha! Ele é mais velho do que eu e eu não é só isso, porque era homem, porque nós, a nossa criação, pronto, foi diferente, não távamos habituados, a gente não se vestíamos diante dos irmãos, enfim... tudo...

P: Tinha pudor, tinha vergonha de lhe mexer?

FA: De lhe mexer, de o lavar, de o vestir... que ele...

P: Que ele, já nessa altura, já nem se importava, já não...?

FA: Nada, nada, nada, nada! Mas eu, os primeiros banhos, custou-me muito! Muito até, mesmo! E... mas foi tudo a coisa do Sr. Dr. ... “lave-o, ele já não se lava”, dizia-me ele, “ele já não sabe, perdeu o sentido, ele já não sabe”. Ia com ele ao barbeiro (...) onde quer que ia, tinha que o levar. Se o deixava aqui, só para ir ali ao fundo da rua, a buscar o pão, quando cá chegava, ele já cá não tava. Andávamos aí à pergunta dele aqui e ali, custávamos caro a o achar. Enfim, punha-se a andar, a andar, perdia-se e é assim...

P: Andava sempre com ele?

FA: Ia a buscar as minhas coisas, tinha que o levar (...) Depois eles começaram-me a dizer “porque é que tu não pedes e não o metes ali no Centro de Dia? Tu já não vás podendo”. E assim foi.

P: Já tem que idade, também?

FA: Eu já tenho 75. Fiz em Março. E ele está há um ano ali a dormiri. E estive ali aquase dois anos em Centro de dia.

P: Portanto, nisto tudo, vão três anos já, que está a ser apoiado por si?

FA: Apoiado por mim e por a Santa casa. Agora é já pela Santa Casa mas antes era eu que andava, pronto, logo assim que ele começou a tar doente, fui eu sempre que tomei conta dele. De maneiras que depois... ah... pedi, pois, lá arranjei vaga e lá coiso. O que é, é que eram todos os dias, quando eram nove horas, eu alevantá-me às sete da manhã e quando eram nove já o tinha com o banho, tinha que lhe dar banho todos os dias. (...) e eu quando o trazia dali, ia-lhe a tirar a fralda, porque estava com xixi, punha-lhe outra para de noite, ah! Era um trabalho! Rasgava-as e segurava a roupa (faz o gesto de segurar a roupa ao corpo, com as duas mãos).

P: Não queria que a Sr.<sup>a</sup> a tirasse?

FA: Não queria que a tirasse e não queria pô-la! (...) mas isto foi logo assim do início, que ele começou a usar as fraldas, foi sempre assim. (...) Eu comecei a andar com ele assim, olhe! Não conseguia já. Até... inscrevi-o, fiz pedidos a ver se se o punham lá p'ra dormiri, porque eu já não conseguia.

P: porque ele de noite também não dormia bem? Não descansava?

FA: Não descansava. E eu andava a noite de roda dele. Ele não se levantava! Ele p'ró fim..., ao principio levanta-se mas agora p'ró fim já não se levantava, o que é, era assim, eu já não sossegava (...) porque ele era assim (imita o som de quem se está a queixar com dores), com muito barulho e “ah! Mas o que é que ele tem?” E o Sr. Dr. Dizia “não lhe falte com a medicação, não lhe falte com a medicação” (...) os comprimidos para ele dormir, eu pensava que ele os engolia, bebia a água toda e o comprimido ficava na boca...

P: Não sossegava?

FA: Não sossegava ele nem sossegava eu. Quando era p'rás tanta é que eu lá adormecia um bocadinho (...) no outro dia távam, ó dentro da cama, ó no chão! E não descansava. Depois começaram-me a dizer “pisos, começa a pisá-los p'ra ele os beberi”. Aí, é pisávós, ele bebia mas deitava-me aquilo tudo fora...

P: A água?

FA: A água. Aquilo, ele sabia-lhe mal... eu chegava-lhe a por açúcar na água, para ver se ele a engolia. P'ra ele sossegar e p'ra eu sossegar também. Até que lá houve aquela vaga p'ra eu o meter ali ... (...) Deixou de chamar p'lo meu nome, não sabe o nome dos mês irmãos ...ah, tem dias ...(...) é vou lá todos os dias, mas tem dias acho que ele não me conhece. (...), não tem reacção, deixa-se rir e diz que sim, quando está melhor. (...) é o que o Sr. Doutor diz: “isto tem tendência para piorar e não para melhorar”. Já está na cadeirinha de rodas, tem que estar atado, porque ele está sempre a tombari, não tem sustância no corpo (...), não tem acção nas pernas, no corpo também não (...), olhe é uma doença muito complicada, de muito trabalho e é penei muito! (...) eu vou ali dar-lhe aquele bocadinho de apoio todos os dias, estou aqui perto(...) **158**  
não é dizer que ele fala comigo, não fala.

P: A Sr.<sup>a</sup> é que se sente bem em ir?

FA: É um ir e, dou-lhe o lanchi (...) ele custa-lhe muito a comer e elas têm pouco tempo... enfim... (...) vou ali aquele bocadinho, dou-lhe o chá (...) e ele pronto, deixa-se rir! Mas...

P: É um riso ausente?

FA: É. Ele não sabe, não sabe (...) não reconhece (...) o sentido abalou-lhe (...) são umas doenças muito tristes, muito tristes até. Eu penei aqui com ele, ele talvez penasse também... (...)

P: No apoio aqui em casa, estava sozinha? A irmã já tinha falecido?

FA: Já tinha falecido.

P: E conseguia dar-lhe banho? Como é que conseguia?

FA: Era um poliban (...) tenho a casa de banho no quintal (...) tapava-o com um cobertori e levava-o (...) que eu sou doente, sou doente da coluna (...) também tenho problemas e atão eu andava aí muito em baixo, não aguentava...!

P: Porque era um esforço muito grande, lavar, vestir, despir, dar-lhe banho?

FA: (relata como fazia para lhe dar banho e vestir) ... porque é assim, tinha xixi de noite e atão era assim. Era muito pesado! É já andava aí de rastos, andava mesmo de rastos, até que não me arranjaram um um lugarzinho para ele ali ficar, porque, pronto, eu já não podia...

P: Os seus filhos também não tinham condições para ajudar?

FA: Eu só tenho um filho e ele, coitado, mora aqui em (localidade) (...) só vem ao fim de semana aqui almoçari ou jantari, ajudava-me ali a ... porque ele já não levava a colher à boca (...) Ao deitar, ele já não estava, tinha que ser sozinha.

P: Nunca pensou em arranjar uma pessoa para ajudar aqui em casa, ou não há?

FA: Bom, ele haver havia. Eu depois, se não mo tivessem tido p'ra de noite, tinha que vir ali as do Lar, a virem-no deitar e a lavarem-no, porque eu já não podia, já não ia podendo...

P: Mas ainda chegaram a afazer?

FA: Não, porque ele depois teve lugar, se não tivesse a vaga ainda tinha que fazer isso, porque é já não podia. Já estava tão cansada, tão cansada que já não podia. Porque isto era todos os dias, todos os dias a fazer este trabalho! (descreve o dia-a-dia a cuidar do irmão) ... agora lá está.

P: E está bem tratado?

FA: Está! Está bem tratado (descreve as dificuldades das funcionárias em cuidar dele)... aqui até a barba lhe fazia (...) mesmo os médicos ensinaram-me, disseram-me sempre p'ra é nunca me exaltar com ele, (...) p'ra ter paciência, ter um bocadinho de força, mas ainda andei a levar injeções e ainda andei também a fazer tratamento por causa da minha cabeça (...)

P: Ficou mal? FA: Ficou, ficou.

P: Porque, no fundo, achava que não era capaz de aguentar a situação?

FA: Exactamente. E eu muitas das vezes estava doente (...) porque é tenho os mês problemas (...) quando eu me deitava, pensava assim “amanhã, se não sou capaz de me levantar, quem é que levanta esta alma? E quem é que trata dele? Porque os mês irmãos, cada um está nas suas casas e é homem não é? Se fossem mulheres, talvez ... (...) a minha irmã, já estava ele doente quando ela faleceu e era já eu, porque ela já não podia, porque já tinha muita idade e atão eu é que era, eu é que era.

P: Ela precisava também já de si?

FA: Sim, da minha ajuda, também precisou (...) só lhe dei banho duas vezes à minha irmã, ela tinha uma reacção (genica) qu’era uma coisa! (...) quando faleceu, já vai em 9 anos, foi uma trombose. Durou só 15 dias (...) ela dizia “ê nã te posso ajudar, tu é que tens que olhar por ele... tomara eu que tu m’ajudes também a mim”. Tinha muita reacção, muita... dava-me muita força a mim também (...) dizia “tens que ter paciência, deixa, olha ele não se lava – já ele não se lavava – nã se lava, aí ... e eu, punha-lhe outra camisa (...)

P: Ele agora está com quantos anos?

FA: Está com... faz agora ao dia 20, faz 81.

P: São muitos anos, mesmo assim. Desde os 65 que se declarou até agora, são muitos anos...

FA: São muitos anos

P: (...) que habilitações é que a Sr.<sup>a</sup> tem e o seu irmão também? Têm a 4.<sup>a</sup>. Classe ou?

FA: Ele nunca foi à escola como eu não fui. Dos mês irmãos só o mais novo é que tem a 4.<sup>a</sup>. Classe. Mais nenhum sabe ler nem escrever.

P: A Sr.<sup>a</sup>, ainda trabalhou?

FA: Trabalhei, trabalhei. Trabalhava no campo mas depois passei a trabalhar a dias (...)

P: E agora já está reformada, tem a sua reforma?

FA: Sim, ‘tou reformada

P: Tem ou tinha alguma actividade de lazer, faz alguma coisa, conversa com as amigas, vê televisão? Como ocupa os tempos livres

FA: Não. Olhe a minha vida, tem sido uma vida... não tenho muito tempo livre porque isto é assim: Tive isto do meu irmão ...

P: Ocupava-lhe o tempo todo? FA: Isso. E não chegava.

P: E antes disso também não ia passear?

FA: Não, não não. Não ia.

P: O facto de o ter em casa dependente, era uma sobrecarga física e não só?

FA: Sim. E agora depois que ele está fora também está ocupado o tempo, não sabe porquê? Eu, o meu filho vive separado da mulher e eu é que lhe arranjo aqui a roupa.

P: Já tem que fazer...

FA: É. Já tenho. E é assim, faço as minhas coisinhas, vou à visita, venho...

P: Vai todos os dias, tem o tempo ocupado?

FA: Vou todos os dias. Como ‘tou aqui pertinho, é digo assim: “vou ali aquele bocadinho, vejo como ele está, se está melhor, se está pior”. Além dele nã conversar, nã sei, mas pronto, é vejo e ...

P: Sente-se mais descansada?

FA: É. Quando eu não vou lá, nã sei... quando estive aí muito constipada, houve aí um dia que eu nã fui lá, elas disseram “ele está bem, está melhorzinho” mas é no outro dia fui logo ali. Porque ele viveu sempre comigo!

P: Têm uma ligação muito forte?

FA: Diga lá, a gente é assim, como eu digo, nã sou só eu, que os mês irmãos também têm pena de o ver assim, compreenda lá, mas como é sou mulher, com’eu ‘tou livrí, assim, nã ter... talvez s’eu tivesse o mê marido...

P: Ou se estivesse empregada?

FA: ...ou o mê marido, talvez a coisa fosse diferente, porque às vezes também isso faz, não é? Ah... (...) mas como eu sô uma pessoa e... o mê filho nã viveri aqui (...) vou visitá-lo, venho (...)o meu filho vem para me apoiar (...) e é assim ... (...)

P: E o seu irmão gostava de conviver, tinha amigos, era uma pessoa dada?

FA: Era. Era. (...) Era muito amigo de ir às excursões, a ver o jogo, (...), gostava, fazia esta vida assim, como era solteiro, era uma pessoa livre, gostava de sair (...)nos fins de semana, porque ele andava a trabalhar, ele nunca gozou nada da reforma! Foi logo assim, andar de médico em médico.

P: E a reforma dele, dá para a mensalidade do lar?

FA: É mesmo à conta. Porque ele agora ... não sabe o que é? Sabe o que nos vale? É quando vem o dinheiro das férias, dos subsídios de Natal, isso é que vai empalhar porque é assim, dantes não se pagava as fraldas e agora tem de se pagar, da reforma dele metade das fraldas que ele usa, além da pensão.

P: A segurança social não ajuda em nada disso?

FA: Dantes ajudava, agora tem de se pagar

P: Ele tem a reforma só ou chegaram a pedir o complemento por dependência?

FA: Ele tem isso, foi desde que entrou para ali (...) foi o Sr. Dr. (nome) que disse, que como eu estava a tratar dele tinha direito a essa reforma. Mas agora fica além no lari. As sobras às vezes são cinco euros, dez euros... porque está a medicação

P: Como é que sente a sua responsabilidade familiar face a ele? Ou seja, acha que é uma obrigação, sente-se bem por ajudar? Que é uma obrigação da família, como é que se sente?

FA: Bem, eu, quer dizer... eu sinto-me assim, se eu um dia não puder ali ir, eu sinto-me mal, por isto, porque penso “ai, eu hoje não fui ali a vê-lo e como é que ele está?

P: Tem sempre essa preocupação, apesar de saber que ele está bem tratado?

FA: Exactamente. Quero ir ver com os meus olhos a ver como ele está. E depois ainda é outra, eu chego ali e vejo, agora no inverno (...)eu



percebia que ele tinha frio (...) eu chegava, ia buscar um blusão mais grosso e aconchegava-o. E eu ficava bem, ficava bem! (...) porque sabia aqui em casa como era. E é assim, pronto. Com isto não digo c'os mês irmãos não se preocupam, bem entendido (...) mas eu, como tive aqui estes trabalhos todos, pronto,

P: Está mais chegada a ele, tem uma preocupação maior?

FA: É isso, é isso.

P: Quando decidiu que ele iria para ali, foi pela sua sobrecarga, falou com os seus irmãos, eles apoiaram a ideia de ir para o lar?

FA: Os mês irmãos disseram-me logo assim "tu tens que começar a fazer os pedidos" todos me deram o conselho, deram-me o conselho para o pôr no Centro de Dia e disseram-me "tu tens que pedir para de noite, tu não podes, tu não vês que já não vás podendo dar-lhe banho, arranjá-lo, tu não podes" e eu fiz o pedido, bem, ele já estava inscrito e eu fiz o pedido. E eu depois, olha, ele já tem vaga e vai para lá. Mas eu aí, Doutora, ali a Dr.<sup>a</sup> havia de ter reparado em mim! (fica comovida). Condo ela me disse que ele já tinha vaga para ficar de noite, fiquei contente, mas eu essas noites, eu não dormia! "Ai, como é que ele 'tará, dará-se bem, dará-se mal?, Ora mas atão, ele já não tem sentido, não sabe..."

P: Consolava-se assim? Sabia que ele não estava lúcido?

FA: Era assim, ele não sabia a diferença. E eu dizia assim "ai ele agora estranha" e o mês filho dizia-me assim "oh mãe, o tio já não estranha porque ele já não tem o pensar (...)". Mas eu, custou-me muito. Prontos, fiquei ... (...) os mês irmãos diziam "oh rapariga, tu dá graças a Deus que tu não podias (...) e se caías aí numa cama doente e depois como é que era? Na hora não se arranjava facilmente isto, não é?" (...) e eu comecei logo a ir ali também para ver se ele não sentia tanto a minha falta, não porque o sentido dele desse (...) e o médico dele disse "ele não achou diferença nenhuma porque o sentido dele já não alcança essas coisas" (...)

P: Como é que acha que ele é tratado ali na Instituição? É bom, qual a sua opinião sobre a Instituição? (...) Tem boas condições? O pessoal é bom, é carinhoso, não são poucos?

FA: Poucos... isso são, às vezes sim. São. Às vezes fazia ali falta mais gente porque o pessoal (utentes) é muito (...) e quase todos estão ali a depender delas todas... porque de manhã têm que os assear, arranjar, e depois são muitos ali ao mesmo tempo (...) mas elas são meiguinhas para eles, têm jeito para isto, o que é, eu na minha maneira de ver (...) elas muitas das vezes não dão conta! Havia de haver mais gente porque dão muito trabalho (...) Ele tem noventa e seis conto, isto em contos (...) a pensão que ele tinha e depois veio aquela ... (...) se o dinheiro deles não chegar elas pagam e (...) quando vêm os subsídios, elas fazem o acerto nessa altura(...)

P: A Instituição tem actividades com os idosos, tem actividades lúdicas?

FA: Às vezes (...) às vezes fazem festas (...) ele não liga mas, fazem excursões, levam-nos para a albufeira, à espiga... e fazem ali festas para os distrair um bocadinho, fazem, fazem...

P: Como é que encara o processo de envelhecimento, agora que teve a sua irmã consigo, até velhinha, ele e a Sr.<sup>a</sup>, que também para lá caminha...?

FA: Eu só o que digo é assim, eu tive aqui os mês pais que morreram aqui em casa (...), o mês pai morreu com 77 anos (...) a minha mãe teve três meses aqui na cama, também com trombozes, estavam aqui, morriam aqui (...) não havia nada, a minha mãe já morreu com 88 anos (...) a minha irmã morreu com 85, tenho um irmão que faleceu com 88, tenho um que faz 88 para o mês que vem (...), éramos 9

P: Tem sido uma família que tem morrido já com muita idade...

FA: Só tive um irmão que morreu com 37 anos (...), esse foi o que morreu mais novo, tenho outro com 85 (...), já 'tamos todos já a caminhar (...) mas eu, à relação que a Sr.<sup>a</sup> me estava a dizer eu ... não sei ...eu ponho-me assim, eu não gostava de chegar – mas a gente não mandamos – a ser mais velha, compreende?

P: A ser mais velha, como?

FA: Assim para os 80... a chegar assim como os mês irmãos chegaram aí, não gostava, 'tá a ver? (...)

P: Mas, e se fosse com saúde?

FA: Se for com saúde, talvez. Sou uma pessoa, hoje penso assim, porque eu (...) se precisar de ir para o Lar, isso a mim não me faz diferença.

P: Vai sem problema?

FA: Hoje, penso assim, ainda posso, isto é, nós não sabemos (...) Dantes não pensava mas agora, não sei se foi por ter tido este trabalho (...) oxalá que, eu não queria, mas se tiver que, oxalá eu não precise de ir para ali (...) mas se chegar a essas idades (...) porque o meu filho tem a vida dele (...), não vai deixar o emprego, eu hoje conheço isto assim, se eu um dia precisar de ir para um lar, tenho que ir. (...) O meu filho não pode perder a vida dele por causa de mim (...) se eu chegar a ser mais velha, não gostava de dar fezes ...

P: Não gostava de ficar dependente?

FA: Só por isso. (...). Não gostava de ser uma pessoa dependente das outras pessoas (...) como o meu irmão, não (...) isto é triste! Enquanto nós pudemos arranjar-nos, assear o nosso corpinho, enfim... mas quando se chega a uma coisa dessas, isso é viver? Eu compreendo assim, não é viver! Eu não mando, não sei o que me poderá acontecer...

P: (...) A nível geral, a população cada vez está mais idosa. Acha que "o governo vai dar conta do recado"? Passo a expressão...

FA: Hum... não me parece! Porque cada vez há mais gente idosa, os descontos não entram lá, pelo contrário (...) há muito pouca gente a trabalhari e eu..., não sei se o governo tem mão nisto.

P: Poderá acontecer que os idosos, daqui a uns anos, tenham uma vida muito complicada?

FA: Exactamente. É isso. Com muito pouco apoio. Cá está. É por isso que eu não quero chegar a ter essa idade! Aí está! (...), se a gente fica num cantinho, não é? Ai, Deus nos acuda, Deus nos acuda, não é?

FIM DA ENTREVISTA